

436

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Juin 1899, à 1 heure

PAR

Eugène PECK

Né à Reims (Marne) le 14 juillet 1870

ÉTUDE DES COMPLICATIONS

DE

L' O Z È N E

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. BLUM, professeur.

RECLUS et POIRIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RAGINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Juin 1899, à 1 heure

PAR

Eugène PECK

Né à Reims (Marne) le 14 juillet 1870

ÉTUDE DES COMPLICATIONS

DE

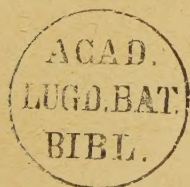
L'OZÈNE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. BLUM, professeur.

RECLUS et POIRIER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	{	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	{	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies de enfants		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des mala-		
dies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale	{	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUD
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement	{	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA SOEUR BIEN-AIMÉS

A MA MÈRE ET A MON FRÈRE
A MONSIEUR L'ABBÉ H. DIEUDONNÉ

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

PRÉFACE

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous nos maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales. Nous avons eu le regret pendant le cours de nos études de perdre plusieurs de nos maîtres auprès desquels nous avons trouvé le plus bienveillant accueil ; MM. les Docteurs Luton et Moret, de Reims ; M. le Professeur Straus, de Paris.

Nous rendons hommage à leur mémoire.

Nous adressons à nos premiers professeurs de l'Ecole de Médecine et de l'Hôtel-Dieu de Reims le témoignage de notre profonde gratitude. Nous garderons le meilleur souvenir de MM. les Docteurs Heurot, Decès, Harman, Langlet, Colleville, Gueillot, Hoël et Hache.

Nous n'oublierons pas les quelques mois passés à l'Internat de l'Hospice départemental de Montreuil-sous-Laon où nous avons reçu de M. le D^r Mâcon les plus affectueux conseils.

Nous remercions d'une façon toute spéciale M. le D^r Chatellier, de l'Hôpital Saint-Joseph.

M. le Docteur Viollet, interne du service d'otologie et de laryngologie de l'Hôpital Saint-Joseph a tout particulièrement droit à notre reconnaissance. Nous lui devons de nous avoir inspiré le sujet de ce travail, et de nous avoir apporté en toute occasion le concours de son expérience. M. le D^r Meslay, chef du laboratoire de l'Hôpital Saint-Joseph, a bien voulu contrôler les préparations bactériologiques faites par M. le D^r Viollet en vue de cette thèse ; nous l'en remercions.

Nous prions M. le Professeur Tillaux d'agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.



INTRODUCTION

Parmi les affections des fosses nasales qui ont suscité les recherches et les travaux des auteurs, l'ozène occupe une place importante. Le uns ont cherché à approfondir la pathogénie de cette maladie, les autres ont découvert, expérimenté et préconisé les modes de traitement les plus divers, soit pour en obtenir la guérison définitive, soit pour pallier tout au moins aux inconvénients dont elle est l'objet.

Si les théories les plus contradictoires ont été soutenues, l'accord cependant s'est établi sur un point et dès 1854, un ophthalmologiste français Desmarres (1) qui avait étudié l'ozène dans ses rapports avec les affections oculaires, dit de cette maladie, que « rebelle à toute médication, elle devient insurportable pour le malade, son entourage et le médecin. »

Ce jugement, dont nous pouvons chaque jour contrôler l'exactitude, suffit à lui seul pour montrer que l'ozène est une déplorable infirmité. Nous nous

(1) Desmarres. — *Traité théor. et prat. des maladies des yeux* 1854. Tome I, p 330, cité par Rampoldi, in *Annali di ottalmologia*, 1885.

efforcerons, dans cette thèse, de démontrer que le pronostic de l'ozène peut encore s'assombrir davantage, par les complications qu'il entraîne.

En parcourant la littérature médicale, nous avons découvert de nombreuses observations où il est question d'ozéneux chez lesquels l'ozène s'est compliqué d'une affection soit d'un organe voisin de la cavité nasale, soit d'un organe n'ayant avec cette cavité que des rapports indirects et éloignés. La plupart des ouvrages spéciaux traitant des maladies des yeux, des oreilles, du nez et du larynx accordent quelques mots aux complications de l'ozène.

Nous avons recueilli ces observations et nous y avons ajouté nos observations personnelles. Notre intention est de présenter d'abord dans leur ensemble ensuite en particulier, ces complications parfois redoutables dont la clinique aussi bien que les recherches bactériologiques font attribuer la cause à un ozène coexistant.

Mais avant d'aborder l'étude des complications, nous croyons nécessaire de rappeler dans un *Premier Chapitre* les diverses théories émises sur la pathogénie de l'ozène.

Dans un *Deuxième Chapitre*, nous ferons un exposé général des complications de l'ozène, et nous essaierons de montrer les divers mécanismes par lesquels un organe plus ou moins éloigné des fosses nasales peut être le siège d'une affection ayant l'ozène pour origine.

Un *Troisième Chapitre* sera consacré à l'étude

particulière de chacune de ces complications ; nous verrons avec quelle fréquence et en quelles proportions certains organes sont atteints du fait de la maladie dont nous nous occupons.

Enfin, dans un *Quatrième Chapitre*, nous ferons quelques remarques sur le traitement des complications de l'ozène.



CHAPITRE PREMIER

De l'Ozène vrai

Définition. — Symptômes. — Nous n'avons en vue dans cette thèse que l'ozène vrai, essentiel et idiopathique, constitué d'après l'excellente définition de J. Moure (1) par « une inflammation chronique de la pituitaire, caractérisée par l'élargissement des fosses nasales et l'accumulation dans ces cavités ainsi agrandies, de concrétions croûteuses, répandant une odeur fétide et repoussante. » Ainsi entendu, le mot ozène, qui par lui-même n'énonce qu'un symptôme (ozaina, puanteur), devient synonyme de *rhinite atrophique fétide*. Nous écartons ainsi la rhinite syphilitique dont l'aboutissant est l'ozène syphilitique ; de même nous laissons de côté tout autre processus amenant au niveau des fosses nasales d'une façon plus ou moins persistante l'odeur fétide spéciale de la rhinite atrophique fétide (nécrose, corps étranger, par ex.).

(1) J. Moure. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso pharyngienne. (1893, deuxième édition),

Sous quel aspect se présente d'ordinaire le malade atteint de cette affection ?

Le plus souvent, l'ozéneux a un visage pâle ; il est triste et affaibli. Le nez écrasé, enfoncé au-dessous du frontal, se relève vers la pointe ; l'orifice des narines apparaît dans un plan presque vertical (Nez en selle de Zaufal). Céphalées frontales, douleurs sus-orbitaires, sécheresse de la gorge, gêne plus ou moins grande de la déglutition, tels sont les symptômes subjectifs qu'accuse fréquemment le malade. Il n'a pas d'odorat (anosmie) et la plupart du temps, son entourage seul lui fait remarquer la mauvaise odeur qu'il répand autour de lui, odeur fade, pénétrante et toute spéciale. Il mouche rarement, et toujours au prix de certains efforts, il parvient à ramener des croûtes verdâtres, épaisses, desséchées et disposées sous forme de lamelles superposées.

La rhinoscopie antérieure nous fait voir des fosses nasales élargies et le plus souvent chez le même sujet, un côté se présente plus spacieux que l'autre. Parfois l'observateur peut suivre les mouvements du voile du palais. Presque toujours l'atrophie porte sur le cornet inférieur ; le cornet moyen, assez souvent normal, nous a paru quelquefois hypertrophié. Les cavités nasales, quand le malade n'a pas fait de lavages, sont couvertes de croûtes, disséminées sur la cloison, sur le cornet moyen, et sur le moignon mamelonné, vestige du cornet inférieur atrophie. La partie antérieure des fosses nasales est dépourvue de croûtes, tandis que celles-ci massées dans certains cas, vers la région

postérieure, apportent une gêne plus ou moins grande à la respiration nasale.

Si, au moyen de lavages, de pinces, on enlève ces croûtes, la muqueuse sous-jacente apparaît congestionnée, *jamais ulcérée*.

Læwenberg (1) donne comme très fréquents deux symptômes, communs d'ailleurs à d'autres affections nasales : le nasonnement (vibrations de l'air dans des cavités spacieuses, vibrations auxquelles la fonction de l'organe n'est pas adaptée) et la présence de filaments muqueux tendus entre la cloison et les cornets.

Tels sont les symptômes de l'ozène.

Nombreuses sont les théories qui ont été émises pour en expliquer la nature et la pathogénie.

Nous croyons devoir les passer en revue et insister sur quelques-unes d'entre elles, car nous jugeons que leur connaissance nous sera d'un grand secours lorsque nous nous occuperons des complications de l'ozène.

E.-J. Moure (2) (de Bordeaux), en 1888, et S. Marano (3) (de Naples), en 1890, ont fait l'exposé et l'historique de ces diverses théories.

L'ozène était connu des anciens : Hippocrate, l'arabe Theizir Abguzoar, Trincavelli et Morgagni le

(1) *Læwenberg*. — Deutsche med. Wochens, n° 1 et 2, 1885.

(2) *E.-J. Moure*. — Du coryza atrophique (ozène essentiel). Gazette des hôpitaux, juillet 1888.

(3) *S. Marano*. — Recherches histor. et bactér. sur la nature de l'ozène (In archives internat. de laryngologie, avril 1890.

faisaient provenir de « la rétention et concrétion d'une humeur putride » (Marano).

Au siècle dernier, la confusion était absolue au sujet de cette affection. Il y eut l'ozène syphilitique, scrofuleux, nerveux, voire même carcinomateux (Brisbanc) et sarcomateux (Lanza).

Frank, Boyer, Lagneau, Monteggia, Ransi et même Trousseau croient à un ulcère.

Le premier, Tillot, affirme que l'ozène existe sans ulcère. Dès lors, plusieurs courants d'opinions s'établissent.

1) La théorie anatomique, avec Zaufal pour défenseur.

2) Les théories de Michel et de Rouge, faisant dériver l'ozène d'une altération des cavités voisines.

3) La théorie anatomo-pathologique dans laquelle les modifications de la pituitaire jouent le rôle principal.

4) La théorie du stade hypertrophique précédant le stade atrophique de l'ozène.

5) La théorie nerveuse : l'ozène est la conséquence d'une trophonévrose.

6) Enfin, la théorie microbienne qui suivit les travaux de Fränkel et de Lœwenberg.

I. — Zaufal, le premier, affirme que l'odeur ozéneuse tient à la largeur trop considérable des fosses nasales, largeur provenant d'une petitesse excessive du cornet inférieur, quelquefois du cornet moyen. Cette largeur, congénitale et due exclusivement à une constitution anatomique spéciale, s'accroît au mo-

ment de la puberté, du fait de l'accroissement des os du nez et de la face, les cornets ne participant pas à l'évolution. L'ozène qui, jusque-là, chez le jeune enfant, ne s'était pas encore révélé, fait alors son apparition. Le courant d'air n'ayant plus l'énergie nécessaire pour balayer une cavité trop vaste, les sécrétions s'accumulent, se concrètent, et sous l'influence de la chaleur et de l'humidité du milieu, subissent la putréfaction et répandent l'odeur caractéristique.

Hartmann (de Berlin), Morell-Mackensie, à l'étranger, Martin, Calmettes, en France partagent l'opinion de Zaufal.

Moure (1) repousse cette théorie : ni la largeur des fosses nasales, ni l'atrophie des cornets ne peuvent donner la mauvaise odeur. Chez les vieillards, en effet, où le processus de sclérose envahit tous les organes, où par conséquent les fosses nasales sont élargies, l'ozène est rare. Chez les opérés de polypes, il y a souvent un ozène consécutif à l'ablation des tumeurs, mais le plus souvent cet ozène est passager.

II. — Michel fait de l'ozène une maladie des cellules ethmoïdales. Rouge y ajoute la participation des cavités accessoires ; sinus frontaux, sphénoïdaux et maxillaires. Pour Michel (2), l'abondance des sécrétions ne peut provenir uniquement du nez ; les cavités

(1) *Moure*. — Gazette des hôpit., juillet 1888.

(2) *Michel* (de Cologne). — Traité des maladies des fosses nas., Berlin 1876 (cité par Hartmann, Deutsche med. Wochens., 30 mars 1878. — Traduction allemande).

accessoires en constituent la source principale. Michel base son opinion sur les raisons suivantes :

« 1° On ne rencontre ces mucosités qu'insuffisamment dans les fosses nasales ;

2° L'extension des sécrétions au niveau de la région postérieure des fosses nasales et de la voûte osseuse du nez, ainsi que leur présence dans les fosses nasales guéries ;

3° L'odeur intense de la sécrétion purulente qui démontre que cette dernière provient d'une cavité favorisant la décomposition, car la mucosité sécrétée par une surface saine ne répand aucune mauvaise odeur ;

4° L'opiniâtreté extraordinaire de la maladie, qui ne pourrait subsister, si la muqueuse nasale qu'on peut atteindre, était la cause de l'ozène. »

Hartmann (1), qui rapporte la théorie de Michel, dit que les phénomènes subjectifs accusés par les ozéneux (céphalées frontales, douleurs sus-orbitaires, dépression psychique) sont relativement rares. Et il ajoute : « Michel ne pouvait faire reposer son opinion sur un fondement solide que par l'autopsie des malades, et jusqu'à ce que celle-ci ait été faite, elle ne pouvait demeurer qu'à l'état d'hypothèse. »

Hartmann a pratiqué l'autopsie d'une malade âgée de 26 ans et atteinte d'ozène. Il n'a rien découvert d'anormal du côté des sinus.

(1) *Hartmann* (de Berlin). — Contrib. à l'étude de l'ozène, *Deut. med. Woch.*, 30 mars 1878.

Certes on ne peut admettre la participation constante des cavités accessoires au processus inflammatoire dans la rhinite atrophique fétide. Toutefois il est permis de penser avec Moure, que celles-ci sont souvent atteintes et l'examen nécroscopique, exigé par Hartmann, a été pratiqué chez un ozéneux par M. le Dr Chatellier (1), qui a constaté la présence du pus dans les cellules ethmoïdales, les sinus sphénoïdaux et maxillaires. Mais dans ce cas, l'ozène ne doit-il pas être envisagé plutôt comme symptôme que comme processus pathologique.

Cette théorie de Rouge et Michel n'a donc aucune valeur quand il s'agit d'expliquer la nature de l'affection telle que nous l'entendons.

D'autre part, cette sécrétion muco-purulente exagérée dont parle Michel, n'est exagérée qu'en apparence. Car la pituitaire atteinte par le processus ozéneux ne sécrète pas plus qu'à l'état normal (nous ajouterons même que la sécrétion est diminuée). C'est l'accumulation et la rétention de ce mucus plus ou moins concrété qui donne l'illusion d'une sécrétion abondante.

A rapprocher de la théorie de Michel, celle récente de M. P. Tissier attribuant l'ozène à une lésion des cellules ethmoïdales. Nous aurons l'occasion dans le cours de cet ouvrage d'exposer cette théorie. (V. complic. du côté des sinus du crâne et de la face).

(1) *M. Chatellier*. — Communication à la Soc. fr. d'otologie et de laryngologie, séance du 28 avril 1888.

III. — Gottstein, Habermann, Bresgen, Massei et Frœnkcl, voient la maladie où se manifestent les symptômes.

Pour ces auteurs les divers éléments de la muqueuse nasale sont modifiés, par un processus inflammatoire spécial suivant les uns, par l'action d'un microorganisme suivant les autres.

Gottstein admet comme point de départ une rhinite catarrhale chronique avec altération glandulaire, aboutissant à l'atrophie plus ou moins complète des éléments.

Habermann (1) pratiqua dans deux cas d'ozène simple, l'examen histologique de la muqueuse et il en déduisit une théorie analogue à celle de Gottstein : dégénérescence grasseuse de l'épithélium, puis atrophie de la muqueuse avec sclérose de son tissu.

Le processus qui doit aboutir à l'atrophie débiterait donc par la superficie : sclérose du parenchyme et non sclérose interstitielle.

Wolkmann remarque la transformation de l'épithélium normal en épithélium pavimenteux et établit un rapprochement entre cette transformation dans l'ozène et la transformation épithéliale analogue au niveau du vagin, de l'aisselle et des pieds dans les cas de sécrétions et de sueurs fétides de ces organes.

IV. — Tout en admettant que dans l'ozène vrai la muqueuse est le siège de la lésion, Frœnkcl (de

(1) *Habermann*. — Zur pathologischen Anatomie der Ozœna simplex (Berlin. Klin. med. Wochens, n° 48, 29 nov. 1886.

Berlin) est d'avis que le stade atrophique de l'ozène succéderait à l'hypertrophie de la muqueuse.

Cette théorie est à l'heure actuelle le sujet de nombreuses discussions. L'atrophie des cornets est-elle précédée par l'hypertrophie ?

Gellé (1) assimilant le processus atrophique de l'ozène au processus de sclérose interstitielle que peuvent subir le foie, les reins et d'autres organes, dit qu' « il reste bien acquis que l'on voit chez plusieurs malades l'hypertrophie des cornets inférieurs ou moyens dans leur partie antérieure ou postérieure être suivie d'une atrophie notable dont l'élargissement de la cavité du nez devient la conséquence. »

J. Ricordel (2) étudiant l'évolution de l'ozène, constate qu' « il arrive une époque où les cornets sont atrophies, tandis que le pharynx nasal est obstrué par des végétations adénoïdes. »

Nous avons eu nous-même l'occasion de vérifier ce fait.

De plus, il nous est arrivé d'observer à côté de l'atrophie du cornet inférieur, dans le cas de rhinite atrophique fétide, l'hypertrophie du cornet moyen du même côté.

Le D^r Couetoux (3), de Nantes, a observé de nombreux cas où avec une atrophie de la muqueuse

(1) Gellé. — Revue de laryngologie, n° 6, 1887.

(2) J. Ricordel. — Etude sur une phase de l'évolution de l'ozène. Thèse de Paris, 1892.

(3) Couetoux. — Les phases de l'ozène. (In : annales des maladies de l'oreille, numéro 5, mai 1893).

nasale, le toucher pharyngien démontre la présence de végétations abondantes dans le rhino-pharynx (9 fois dans 17 cas d'ozène).

V. — Le Dr Lautmann (1), étudiant l'ozène atrophiant en fait une trophonévrose. « Le point de départ de l'ozène atrophiant est un trouble nerveux, qui provoque une sécrétion vicieuse et une atrophie. La sécrétion vicieuse amène comme complication une rhinite chronique. » Le terrain ainsi préparé, les bacilles, dont nous parlerons plus loin, se développeraient et provoqueraient la fétidité de la sécrétion.

VI. — Jusqu'ici nous n'avons vu intervenir dans la pathogénie de l'ozène, l'action d'aucun micro organisme.

Pour expliquer la fétidité spéciale de l'ozène, Ziem admet la présence d'un ferment particulier indéterminé : Krause, l'action d'acides gras favorisant la décomposition du mucus. P. Tissier donne ce rôle à certains microbes pathogènes agissant par l'intermédiaire d'un ferment chimique.

En 1884, au 3^e Congrès de Bâle, Lœwenberg fit l'exposé de sa théorie microbienne de l'ozène et démontra que les lésions de la muqueuse pituitaire et la fétidité caractéristique qui en résulte étaient l'œuvre d'un microbe spécifique.

Baginski, Frœnkel, Massei, avaient entrevu l'existence d'un élément spécial produisant avec la fétidité, les altérations de la muqueuse ; en 1862,

(1) *Lautmann*. — L'ozène atrophiant, thèse de Paris, 1897.

Frœnkel signala dans le mucus ozéneux de petits et gros coccus en chaînettes, des bâtonnets à réaction colorante. Mais Lœwenberg le premier fournit sur le microbe de l'ozène des renseignements nets et précis.

Nous n'avons pas l'intention d'exposer en détail les travaux de Lœwenberg. Nous nous contenterons de faire en quelques mots la description du microbe qu'il a découvert, de montrer ses réactions et son mode de culture.

Lœwenberg (1) reprenant la même série d'expériences que Frœnkel, évita les causes d'erreur qu'il reproche à cet expérimentateur. Au lieu de prendre le mucus ozéneux seul, comme le fit Lœwenberg, Frœnkel avait recueilli le mucus avec toutes les matières accumulées sur les tampons d'ouate hydrophile qu'il plaçait dans les fosses nasales des sujets mis en expérimentation.

Pour éviter cette cause d'erreur, Lœwenberg (2) examina « les filaments muqueux que d'une façon constante l'on trouve dans l'ozène tendus entre la cloison et les cornets. »

Ces filaments sont riches en coccus ozéneux.

Le microbe de Lœwenberg est un très gros coccus immobile, associé presque toujours en double ; ces couples sont eux-mêmes associés en chaînettes, réu-

(1) *Lœwenberg*. — L. cit. (Traduction allemande).

(2) *Lœwenberg*. — Die Natur und die Behandlung der Ozæna. (Deutsc. med. Wochens, 1885, numéro 1 et 2). — Id. 3^e Congrès de Bâle, septembre 1884. — Id. Annales de l'Institut Pasteur, 1894, p. 292.

nies par une masse hyaline. « Ces cocci sont tantôt sphériques, tantôt ellipsoïdes ; quelquefois même rectangulaires, vus en projection, ce qui indiquerait une forme cylindrique. »

(Ce n'est qu'en 1885 que l'auteur décrit le halo entourant le diplocoque et qui n'est autre que la capsule).

Les préparations faites avec les filaments muqueux, colorés avec une couleur d'aniline (violet de gentiane, fuchsine) examinés avec l'objectif à immersion de Hartnack au 1/8, ne montrent que ces diplocoques, comme s'il s'agissait d'une culture pure.

L'ozénocoque atteint 1,1 μ à 1,6 μ .

Assez semblable au gonocoque, le microbe de Lœwenberg diffère cependant de celui de Neisser qui ne se présente jamais en chaînettes, ne se colore pas par le vert de méthyle.

L'ozénocoque prend toutes les couleurs d'aniline.

Il ne garde pas le Gram.

Ce microbe ne pousse qu'en milieu alcalin. Lœwenberg trouva dans un cas le diplobacille dans un milieu neutre, chez une fillette de 8 ans, très chétive ; précisément dans ce cas, il y avait une association microbienne.

Les meilleures cultures pures obtenues par l'auteur étaient sur agar-agar.

Sur plaques de gélatine les colonies sont d'un blanc laiteux à la surface, jaunâtres dans la profondeur ; elles répandent une odeur de fleurs de troëne ;

sur viande fraîche : odeur de putréfaction. Cultures en clou sur gélatine par la piqure. Inoculé l'ozéno-coque tue la souris en moins de 24 heures (dose : 1/20 de cent. cube).

Le cobaye résiste mieux, mais périt par injection dans la cavité abdominale de culture de 24 heures sur gélose, à 37°5, délayée dans 3 cent. cub. de bouillon peptonisé et stérilisé.

Jusqu'à présent les essais d'inoculation dans les fosses nasales tentées chez les animaux pour reproduire l'ozène, n'ont pas abouti.

Tel est le diplocoque découvert et décrit comme microbe spécifique de l'ozène par Lœwenberg.

M. le professeur Cornil affirme que les cultures de ce bacille reproduisent la fétidité caractéristique.

MM. Auché (1) (de Bordeaux) et Brindel ont dans 24 cas d'ozène fait des recherches bactériologiques. Ils en concluent :

« Le diplobacille de Lœwenberg a été constaté dans tous les cas de coryza atrophique avec ou sans ozène en cours d'évolution. » Klamann en 1885, Hajek en 1888 ont aussi confirmé l'existence du bacille de Lœwenberg (*bacillus foetidus ozence*).

Hajek considère le diplobacille comme agent de l'atrophie et découvre en outre un bacille qui colore-rait en vert la sécrétion nasale.

(1) Auché (de Bordeaux). — Société française d'Otologie. Séance du 6 mai 1897. — In : Annales des maladies de l'oreille, juin 97.

En 1890, Marano (1) recueille le mucus nasal de 10 ozéneux et en fait l'examen microscopique. Il conclut dans l'exposé de ses travaux : « Dans l'ozène il est une forme constante de microbes (rhino-bacilles) qu'on ne rencontre, ni dans les autres formes d'inflammations du nez, ni que je sache, dans d'autres affections. Ce microbe est capsulé, mais parfaitement distinct des autres microorganismes capsulés qui ont été l'objet des études de Dittrich, Paltaut, Friedlœnder, etc... »

En 1893, Abel (de Greifswald) découvre chez des ozéneux un parasite spécial qu'il croit spécifique. Il s'agit d'un gros bacille court, à extrémités arrondies, disposé en diplocoques ou en chaînettes, souvent encapsulé.

Trouvé chez les 16 ozéneux dont le mucus fut examiné, le bacille d'Abel manquait dans les autres rhinopathies. Ce bacille ressemble à celui décrit par Lœwemberg ; mais il ne donne pas la culture en clou sur gélatine.

Il est beaucoup plus violent pour la souris que le bacille de Friedlœnder.

La même année, Paulsen (2) décrit un bacille capsulé fort semblable au bacille de Friedlœnder. Les cultures de ce bacille ont toute l'apparence du

(1) *Marano*. — Archives internat. de laryngologie. Avril 1890.

Ed. Paulsen. — Ueber einem sonleimbildender Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden. (Hygeia Rundschau 15 déc. 1893).

mucus. Aussi Paulsen nomme-t-il son microbe : bacille capsulé mucipare.

Paulsen a toujours trouvé le bacille mucipare dans les cas de rhinite atrophique fétide. Jamais il ne l'a rencontré dans les fosses nasales saines, ni dans les cas de coryza simple, de rhinite fibrineuse, de rhinite hypertrophique.

Citons enfin pour mémoire, le microbe encapsulé de G. Strazza, et le petit bacille de Pes-Gradenigo.

Nous avons terminé l'exposé des théories sur la nature et la pathogénie de l'ozène vrai.

Nous n'avons pas à nous prononcer catégoriquement en faveur de l'une ou l'autre d'entre elles.

Avouons toutefois que la théorie anatomo-pathologique est la plus vraisemblable, que l'intervention microbienne dans la genèse de la maladie et de la fétidité n'a rien de surprenant et que les avis demeurent seulement à ce dernier point de vue, partagés sur la spécificité de tel ou tel microbe.

L'ozène possède-t-il un microbe spécifique ? Ce microbe est-il celui de Lœwenberg ?

Les uns répondent affirmativement. Les autres niant toute spécificité ne veulent voir dans l'ozénocoque que le pneumo-bacille de Friedlœnder.

Lœwenberg reconnaissait quelques différences entre ce dernier bacille et l'ozénocoque. Le bacille de Friedlœnder coagule le lait, tandis que celui de Lœwenberg ne le coagulerait pas. La culture en clou sur gélatine donne aussi quelque divergence : la tête du clou est plus aplatie quand il s'agit de l'ozé-

nocoque. Ces nuances nous paraissent bien délicates. Tiennent-elles à un vice d'expérimentation ou le bacille de Lœwenberg ne serait-il vraiment autre que le bacille de Friedlœnder, mais ayant acquis dans son développement sur le nez ozéneux un *modus vivendi* spécial ? Il nous est permis de faire les deux hypothèses. Quoiqu'il en soit, deux ordres de faits demeurent nettement établis :

D'une part les lésions constatées au niveau de la membrane de Schneider, avec retentissement sur la charpente osseuse des fosses nasales.

D'autre part, la présence dans la cavité nasale de l'ozéneux de microbes spéciaux (nous ne disons pas spécifiques) n'existant pas ou tout au moins ne se développant pas, soit chez les sujets sains, soit même chez les sujets atteints d'affections nasales autres que l'ozène.

Ces faits démontrés par les savants autorisés que nous avons cités dans les pages précédentes, nous serviront en grande partie pour établir la genèse des complications que peut occasionner l'ozène.



CHAPITRE II

Des complications de l'ozène en général.

De même que les suppurations de l'oreille moyenne constituent pour les méninges et le cerveau une menace permanente, ainsi le nez ozéneux se trouve être un voisin dangereux pour tous les organes qui l'environnent, pour certains organes même qui n'ont avec lui aucun rapport direct.

Tout processus pathologique secondaire venant compliquer une maladie existant primitivement doit pour mériter le nom de complication avoir avec cette maladie un lien de cause à effet plus ou moins évident.

Dans les complications de l'ozène que nous étudierons, ce lien apparaît parfois avec l'évidence la plus complète, parfois aussi les rapports sont assez obscurs.

Si dans de nombreux cas, l'observation clinique s'est montrée suffisante, bien souvent aussi l'examen bactériologique seul a été capable d'établir le lien recherché.

Comment, par quel mécanisme, l'ozène peut-il produire dans les organes atteints des lésions plus ou moins graves ? Sur quels organes portent d'ordinaire ces lésions ?

C'est à ces deux questions que nous nous efforcerons de répondre dans le présent chapitre.

Si nous envisageons les cavités des fosses nasales au point de vue de leurs rapports anatomiques, la muqueuse pituitaire au point de vue des lésions que lui fait subir le processus ozéneux, son envahissement par les microbes ; si nous considérons en outre la continuité que les vaisseaux sanguins et lymphatiques établissent entre cette région et les régions voisines, nous découvrirons aisément les divers facteurs qui entrent en jeu dans la genèse des complications.

I. — Situées (1) au centre de la face et séparées l'une de l'autre par la cloison ostéo-cartilagineuse, les fosses nasales droite et gauche forment une sorte de vestibule où viennent converger les orifices des divers sinus : ethmoïdaux, sphénoïdaux, frontaux et maxillaires.

La membrane de Schneider revêt la charpente osseuse des fosses nasales et se réfléchissant au niveau des orifices de ces sinus, les tapisse complètement et en fait de véritables diverticules de la cavité nasale.

Sur un point un peu plus rapproché de la paroi externe des fosses nasales que de leur paroi interne, se trouve l'orifice du sinus sphénoïdal, tantôt arrondi,

(1) *Testut.* — *Traité d'Anatomie humaine*, t. 1 et 3.

tantôt sous forme d'une fente verticale, située à la partie antéro-supérieure du corps du sphénoïde.

A la partie moyenne du méat supérieur, plusieurs orifices font communiquer les cellules ethmoïdales postérieures avec la cavité nasale.

Au niveau du méat moyen, se trouvent les orifices du sinus frontal, des cellules ethmoïdales antérieures, du sinus maxillaire. Le sinus frontal débouche dans la partie antéro-supérieure du méat moyen par l'intermédiaire de l'infundibulum.

Quant au sinus maxillaire son orifice est singulièrement rétréci par tous les os qui s'attachent sur son pourtour, mais cependant fort large encore. Grâce à la disposition de l'apophyse unciforme de l'ethmoïde, cet orifice est divisé en deux parties, une partie antéro-inférieure, une partie postéro-supérieure parfois subdivisée elle-même en deux. La muqueuse pituitaire recouvre toutes ces ouvertures, ne laissant libre à la partie antéro-supérieure de la portion postéro-supérieure qu'un orifice arrondi ou ovalaire, de 3 ou 4 mill. de diamètre, qui s'ouvre dans la gouttière de l'infundibulum au-dessous du repli muqueux nommé par Zukerkandl : *bulla ethmoïdalis*.

Dans le méat inférieur et à sa partie antéro-supérieure se place l'orifice inférieur du canal lacrymo-nasal. A ce niveau, la pituitaire s'engage dans le conduit, s'y continue avec la muqueuse lacrymo-nasale, et par son intermédiaire avec la conjonctive.

Si nous considérons à présent la région postérieure des fosses nasales, ou pour mieux préciser, la

partie du rhino-pharynx immédiatement située en arrière du méat inférieur, nous apercevons une ouverture le plus souvent triangulaire, située à environ 12 mill. de l'extrémité postérieure du cornet inférieur dans un plan antéro-postérieur : nous voulons parler de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, établissant une communication facile entre le nez et l'oreille moyenne.

Enfin, nous n'avons pas besoin d'insister sur les larges communications qui par l'intermédiaire du pharynx, relie les fosses nasales au larynx, à la trachée et aux bronches, d'une part, à l'œsophage et à l'estomac d'autre part.

Sinus du crâne et de la face, appareil lacrymal et globe oculaire, trompe et oreille moyenne, conduit laryngo-trachéal et tube digestif, tels sont les organes sur lesquels par les seuls rapports anatomiques l'ozène peut avoir un fâcheux retentissement.

Combien mieux comprendrons - nous leur état de réceptivité, lorsque nous aurons étudié les lésions de la muqueuse pituitaire ozéneuse et tiré de cette étude les conséquences qui en résultent ; comment aussi des organes tels que les méninges, le cerveau, le système nerveux périphérique même peuvent prendre place parmi les autres organes précités.

II. — Rappelons brièvement la constitution histologique normale de la membrane de Schneider. Nous empruntons cette description à Zukerkandl (1).

(1). *Zukerkandl*. — Anatomie norm. et patholog. des fosses nasales. (Traduct. française de Garnault).

Stroma. — Lâche et présentant des fibres plus fines dans la couche sous-épithéliale que dans les couches profondes. La muqueuse olfactive présente une membrane nasale qui ne fait défaut qu'aux points où manque l'épithélium olfactif.

Epithélium. — Varie suivant les régions ; pavimenteux stratifié à la partie antérieure de la région respiratoire, il est cylindrique à cils vibratiles vers les parties moyenne et postérieure. Quelques cellules caliciformes.

La portion olfactive comprend deux ordres de cellules : cellules épithéliales de soutien et cellules olfactives. Pas de cils vibratiles, mais un bourrelet cuticulaire.

Les cellules de soutien contiennent du pigment qui donne une coloration jaune à la couche des cellules sensorielles (*locus luteus*).

Les cellules sensorielles sont fusiformes, ayant à leur extrémité libre cinq ou six prolongements filiformes courts et effilés. L'autre extrémité des cellules est en communication directe avec les fibrilles olfactives. Une membrane homogène (*membrana limitans*) à la surface de l'épithélium, laisse sortir par des pores les prolongements périphériques des cellules sensorielles.

Glandes. — Disséminées d'une façon irrégulière, elles sont surtout tassées au niveau du cornet inférieur. Les sinus des cornets inférieurs et moyens en sont dépourvus. Les glandes s'enfoncent dans la pro-

fondeur de la muqueuse, entrè les lacunes du tissu érectile.

Les glandes de la région respiratoire sont des glandes en grappes, (glandes en épi et glandes globuleuses) *Sappey*.

Les glandes de la région olfactive sont munies d'un conduit excréteur très étroit, renflé au-dessous de l'épithélium. Dans le cul-de-sac de la glande, viennent s'embrancher de trois à cinq conduits glandulaires. Sur la paroi nasale supérieure et au voisinage des parties latérales et de la cloison, se trouvent des anfractuosités; dans ces anfractuosités s'abouchent les conduits glandulaires de Bowmann.

Tissu adénoïde. — Existe constamment dans la muqueuse nasale. Les cellules rondes occupent surtout la portion sous-épithéliale. Le tissu adénoïde se présente sous forme d'infiltration diffuse ou sous forme de follicules, qui plus ou moins superficiels donnent à la muqueuse un aspect mamelonné. Le tissu adénoïde se trouve surtout réparti dans la muqueuse de la fente respiratoire.

L'ozène sous une influence soit, microbienne, soit organique modifie profondément la constitution de cette muqueuse.

Habermann (1) a trouvé dans deux cas d'ozène simple, une lésion de presque toutes les glandes, des glandes en grappe comme des glandes de Bowmann. Cette affection avait d'abord produit une accumula-

(1) *Habermann.* — Loc. cit.

tion de gouttelettes grasses dans l'épithélium glandulaire jusqu'à l'orifice du conduit excréteur à la périphérie, puis elle avait entraîné une dégénérescence complète de l'épithélium. Habermann constata, en outre, une infiltration inflammatoire de la muqueuse avec fonte granuleuse des cellules d'infiltration et par places, les dépôts de gouttes de graisse déjà signalés par Krause. Sur les points de la muqueuse depuis longtemps malade, il a noté les altérations suivantes : des trainées de cellules fusiformes, et en certains endroits du tissu conjonctif fibreux, une destruction de l'épithélium ou bien sa transformation en épithélium pavimenteux polygonal, une résorption de l'os et une formation de lacunes.

L'agent morbide de l'ozène porte d'abord ses effets sur la superficie de la muqueuse ; il doit provenir des lacunes glandulaires.

Pour Volkmann, la transformation que subit l'épithélium serait à rapprocher de la transformation des mêmes éléments au niveau de la région axillaire et plantaire et du conduit vaginal ; ce qui produit la mauvaise odeur de la sécrétion en ces endroits occasionnerait de même la fétidité spéciale de l'ozène.

Or, comment ces modifications pathologiques de la pituitaire sont-elles en rapport avec les complications de l'ozène ?

Nous inspirant de la thèse de Greliche (1), nous répondrons à cette question.

(1) *Greliche*. — Les Infections d'origine nasale (Thèse de Paris, 1894).

Greliche ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades porteurs d'affections des fosses nasales, fut frappé de la fréquence des complications qu'ils présentaient. Après avoir démontré que le nez contient à l'état normal des microbes divers, il ajoute : « Ces hôtes nombreux sont le plus souvent inoffensifs et à l'état normal, les infections d'origine nasale presque nulles, car la nature a sagement assuré la protection de l'organisme en multipliant dans les fosses nasales les moyens de défense ».

Le nez a des moyens de défense contre l'envahissement de l'organisme par les microbes et l'auteur expose en les développant ces divers moyens : « C'est d'abord l'architecture compliquée du nez qui régularise le courant d'air inspiratoire. Celui-ci doit passer sous l'auvent nasal qui en diminue la vitesse, le brise, et en favorise la dispersion dans toutes les anfractuosités des fosses nasales, dont les cornets sont si bien disposés pour obliger l'air à circuler lentement et multiplier les contacts, toutes conditions de nature à lui donner la chaleur et l'humidité nécessaire pour ne pas impressionner désagréablement les diverses voies qu'il aura à traverser. Puis le vestibule du nez est, du moins chez l'adulte, abondamment pourvu de poils, qui, à la façon d'un filtre, arrêtent les germes et poussières. Plus haut, dans la portion respiratoire des fosses nasales, il y a un grand nombre de cils vibratiles toujours en mouvement, dont l'action est de ramener vers l'extérieur les particules déposées à leur surface ».

Le mucus nasal sécrété au niveau de la muqueuse retient les germes par sa viscosité. Pour Claisse, le mucus englobe les microbes et dilue les toxines.

Wurtz et Lemagney (1) reconnaissent au mucus nasal un pouvoir bactéricide et citent leurs propres expériences à l'appui.

Lœwenberg (2), dans son rapport sur l'ozène, dit qu' « à l'état normal, la muco-sité nasale fixe, comme le milieu visqueux de l'œroscope, tous les germes atmosphériques ; mais elle est pour eux un mauvais terrain de culture ».

« J'ai établi ce fait, ajoute-t-il, par de nombreuses recherches sur les sécrétions nasales normales, dans lesquelles je n'ai jamais découvert de microbe bien développé ».

De plus, la réaction chimique du mucus normal est acide, et cette acidité constitue un milieu de culture défavorable pour les micro-organismes qui cherchent à s'y développer.

La muqueuse pituitaire contient en outre du tissu adénoïde. Y a-t-il menace d'invasion de la part des microbes, la diapédèse des leucocytes abondants de cette espèce de tissu en arrête l'envahissement. Aussi Greliche peut-il conclure : « Tant que le fonctionnement du nez est normal, les microbes (de la cavité nasale) n'ont pas de prise sur l'organisme. Survienne un trouble physiologique atteignant un ou

(1) *Wurtz et Lemagney*. — *Annales des mal. de l'oreille*, août 1893). Le pouvoir bactéricide du mucus nasal.

(2) *Lœwenberg* — (*Loco citato*).

plusieurs facteurs de la défense, les fosses nasales deviennent un excellent milieu de culture. »

Or, dans l'ozène, tel que nous l'avons envisagé, que reste-t-il de tous ces moyens de défense ?

Les fosses nasales élargies par l'atrophie, aplanies dans leur conformation, laissent arriver l'air inspiratoire sans lui faire subir aucun changement, sans modérer en rien sa vitesse.

L'épithélium de revêtement ayant subi les transformations que nous connaissons, ne peut plus expulser les particules amenées de l'extérieur. Quant au mucus sécrété, les glandes peu à peu étranglées par la prolifération conjonctive, altérées dans leur structure même, ne le produisent qu'en faible quantité et ce mucus rapidement desséché, stagnant en croûtes sur les parois des fosses nasales, loin d'être pour les microorganismes une barrière puissante, leur fournit un milieu de culture des plus favorables. D'acide qu'était la réaction chimique du mucus normal, dans l'ozène cette réaction est le plus souvent alcaline, comme Læwenberg l'a démontré.

Enfin, le tissu adénoïde si abondant surtout au niveau des cornets inférieurs, a d'autant plus vite disparu que l'atrophie ozéneuse porte principalement son action sur ces cornets.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'en présence de la voie ouverte par les fosses nasales au niveau des divers organes intéressés, l'état pathologique de la muqueuse pituitaire rende ainsi facile le transport soit des produits mêmes de l'ozène (croûtes), soit des

divers microorganismes qui pullulent dans la cavité nasale.

Ce transport qui dans bien des circonstances, peut s'effectuer par contiguité ou par continuité de la membrane de Schneider avec le revêtement muqueux des autres organes, peut aussi, sans aucun doute, s'effectuer par la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Nous aurons dans la suite l'occasion de citer certains cas où des troubles du côté du système nerveux central et périphérique et des méninges peuvent être imputés à l'ozène. Doit-on dans ces cas, incriminer la voie lymphatique comme moyen de transfert des toxines sécrétées par les microbes des fosses nasales ? La question est bien délicate à résoudre et nous ne serons pas assez téméraire pour y répondre d'une façon catégorique.

Rumboldt, Michel, Schwalbe tout d'abord, Axel Key et Retzius ensuite ont fait des recherches sur les communications des lymphatiques du nez avec les espaces sous-arachnoïdiens et par conséquent avec les méninges et le système nerveux central.

Axel Key et Retzius (1) ont poussé des injections dans les espaces sous-arachnoïdiens du lapin. Le liquide d'injection remplit les gaines lymphatiques des ramifications des nerfs olfactifs et un réseau lymphatique distinct qui se rend vers le palais après

(1) *Axel Key et Retzius.* — Studien in der Anatom. des Nervensystems und des Bindegewebes. Stockholm, 1875.

s'être rassemblé en tronc dans les ganglions lymphatiques du cou.

D'après les auteurs, ce second réseau communiqué d'une façon certaine avec les espaces sous-arachnoïdiens, car l'injection poussée dans ces espaces les remplit à travers la lame criblée. Ces vaisseaux lymphatiques indépendants des gaines périnerveuses, se résolvent sur quantité de points en un fin réseau qui se ramifie sur la muqueuse et qui ne peut être autre chose que les espaces lymphatiques de cette muqueuse.

Les coupes verticales de la muqueuse pituitaire, montrent ces réseaux verticalement placés sous l'épithélium, d'où partent quelques fins canalicules qui pénètrent dans l'épithélium même à la façon des canaux excréteurs des glandes.

Les recherches d'Axel Key et Retzius ont été dirigées avec tout le soin possible et les communications des espaces sous-arachnoïdiens avec l'épithélium de la membrane de Schneider ne paraissent pas douteuses. Mais le courant lymphatique se faisant de ces espaces vers la muqueuse, il faudrait admettre que les agents microbiens remontent ce courant pour envahir les régions supérieures. Ce fait n'est pas encore démontré.

Le mécanisme des complications de l'ozène envisagées d'une façon générale, nous paraît d'ailleurs suffisamment établi. Nous avons énuméré tous les organes qui sont menacés et nous étudierons indistinctement ces complications qu'elles surviennent

à l'état aigu ou qu'elles s'établissent d'une façon chronique. Mais avec quelle fréquence se présentent ces complications ?

Si nous en croyons Lœwenberg, les complications de l'ozène ne seraient pas fréquentes. Moure (1) semble partager le même avis et écrit à ce sujet : « Bien qu'au premier aspect le coryza atrophique semble si redoutable et paraisse devoir causer un retentissement fâcheux du côté des organes voisins, ses complications sont cependant assez rares. »

Nous nous permettrons d'être d'un avis différent. Il faut tout d'abord remarquer que sans être rare, l'ozène n'est pas une maladie qui, comme la rhinite hypertrophique se rencontre quotidiennement. Dans le courant de l'année 1898 et pendant les trois premiers mois de 1899, deux mille malades sont venus à la Consultation d'oto-rhinologie de l'Hôpital Saint-Joseph ; dans ce nombre nous n'avons relevé que 43 cas d'ozène vrai ; ce qui donne une proportion de 2, 1 ozéneux pour 100.

D'un autre côté, nous rapportons l'observation de 9 malades ozéneux chez lesquels nous avons trouvé une des diverses affections que nous considérons comme complication de leur ozène.

Ici la proportion est de 21 0/0.

L'étude des complications de l'ozène en particulier que nous allons entreprendre dans le chapitre

(1) *Moure*. — Du coryza atrophique (Journal de médecine de Bordeaux, juin 1889, n° 47).

suivant; nous fournira l'occasion de citer d'autres chiffres donnés par les auteurs qui se sont occupés de la question et qui confirmeront ceux que nos observations personnelles nous ont permis d'établir.



CHAPITRE III

Des Complications de l'Ozène en particulier

Nous étudierons les complications de l'ozène dans l'ordre suivant ;

Article I. — Complications du côté des voies lacrymales et de l'organe de la vision.

Article II. — Complications du côté des sinus du crâne et de la face.

Article III. — Complications auriculaires et mastoïdiennes.

Article IV. — Complications du côté du larynx et des voies respiratoires.

Article V. — Complications du côté de l'appareil digestif.

Article VI. — Complications du côté des méninges et du système nerveux.

Nous rapporterons pour terminer un cas d'érysipèle de la face compliquant un ozène nasal. (Thèse de Deumier 1889).

Article I

Complications du côté des voies lacrymales et de l'organe de la vision.

Les rapports entre les affections des voies lacrymales et du globe oculaire et les affections du nez sont admis par tous les auteurs.

A. Castex (1), dans un article intitulé : Rapports pathologiques entre le nez et les yeux, fait l'histoire de la question. « Les ophthalmologistes, écrit Castex, ont principalement noté les relations morbides des yeux avec les fosses nasales ou leurs sinus qui entourent si complètement l'appareil visuel. La question n'est devenue classique que depuis 1883, grâce aux travaux de Ziem. Mais déjà au siècle dernier, Richter avait soutenu contre Scarpa que certaines affections du sac lacrymal étaient explicables par des rhinopathies et Hunter avait noté en 1771 les « symptômes d'irritation du côté de l'œil » dans les affections du sinus maxillaire. »

En 1882, Ziem pratique la saignée de la muqueuse nasale et guérit ainsi une irido-cyclite survenue dans le décours d'une variole. C'est le point de

(1) A. Castex. — France Médicale, avril 1897, n° 15.

départ de ses recherches sur le rôle des relations vasculaires dans les affections oculo-nasales.

E. Berger (1) fait en 1892 une étude d'ensemble sur ce sujet.

En 1887, M. le docteur Trousseau étudie les troubles réflexes, l'asthénopie, les ulcères cornéens, attribuables à des affections nasales (Société française d'ophtalmologie).

En 1890, M. le professeur Panas présente à la même Société une étude sur le rôle des sinusites dans les affections oculaires.

G. Laurens (Gaz. de Hôpitaux, 1895), Cozzolino, Despaquet, Abadie et Terson, s'occupent des relations oculo-nasales.

D'après Castex, cette influence trouve son explication naturelle :

- 1) Dans les rapports de voisinage,
- 2) Dans l'existence du canal lacrymo-nasal qui joue le rôle d'intermédiaire,
- 3) Enfin, dans les riches connexions vasculo-nerveuses qui relient le nez à l'œil.

Parmi les affections nasales dont le retentissement se fait sentir sur l'œil et les voies lacrymales, l'ozène tient une place importante.

Aux raisons que font valoir les observateurs pour établir les relations entre l'appareil lacrymal et visuel,

(1) E. Berger. — Communication à la Société de médecine. Janvier 1892.

s'ajoute quand il s'agit d'ozène, l'infection de ces milieux par les microbes venant de la cavité nasale, microbes que ne saurait plus maintenir et rendre inoffensifs la muqueuse pituitaire dégénérée et sans moyens de défense : c'est ainsi que s'explique l'action nocive de l'ozène par la présence du rhino-bacille de Lœwenberg dans les voies lacrymales des ozéneux à l'état de microbisme plus ou moins latent.

Les auteurs ne s'accordent pas sur la fréquence des affections oculaires dans l'ozène.

H. Gruhn relève 19 cas de rhinite atrophique fétide sur 38 observations d'affections oculaires compliquant des affections nasales. Van Millingen affirme que l'ozène est souvent la cause des maladies des voies lacrymales.

A. Troussseau, Cuénod, Terson et Gabrielidès, Greliche, rapportent un certain nombre d'observations sur ce sujet.

Nous avons connaissance de 4 cas d'affection oculaire chez des ozéneux, dont nous n'avons pu prendre l'observation détaillée, mais dont nous dirons cependant quelques mots.

Il nous est donc permis de croire que les complications oculaires ne constituent pas une rareté, bien que M. le D^r Luc (1) déclare « n'avoir pas observé avec une fréquence digne d'être notée la présence d'un épiphora et d'une conjonctivite chez les ozéneux qu'il

(1) *Luc.* — Archives intern. de laryngologie. — Analyse d'un article de Bronner (de Bradford) in *Journal of Laryngology* (décembre 1889).

a eu l'occasion de traiter ». Il est bon d'ajouter toutefois que cette appréciation de M. le D^r Luc vient à la suite d'une statistique où A. Bronner (de Bradford) exagère un peu la fréquence des affections oculaires suite du nez. Quoiqu'il en soit ces complications lacrymales et oculaires n'en sont pas moins intéressantes à noter et nous les étudierons dans l'ordre suivant :

A. — Affections des voies lacrymales : dacryocystites, fistules lacrymales.

B. — Affections conjonctivales avec ou sans complication du côté des paupières.

C. — Lésions de la cornée : déformations, ulcères.

D. — Névrite optique.

E. — Troubles divers du côté de la vision.

A. — *Affection des voies lacrymales : dacryocystites, fistules lacrymales*

Les affections des voies lacrymales, suite d'affection nasale, n'ont rien de surprenant, si l'on considère les rapports qui relient l'appareil d'excrétion des larmes à la cavité nasale.

A la partie antéro-supérieure du méat inférieur, en un point distant d'environ 30 millim. de l'aile du nez correspondante (Osborne) siège l'orifice inférieur du canal lacrymo-nasal une communication entre le nez et le sac lacrymal et par ce dernier avec la surface

conjonctivale. Au niveau de cet orifice dont les dimensions sont des plus variables, la muqueuse pituitaire se réfléchissant, va tapisser le canal nasal et le sac lacrymal où elle se perd sur la conjonctive même, à l'origine des canaux lacrymaux.

A première vue, il semblerait que, participant au processus ozéneux, la muqueuse encadrant cet orifice doive en agrandir les dimensions, et favoriser ainsi l'écoulement de l'humeur lacrymale, loin de produire les phénomènes d'épiphora et de rétention avec toutes ses conséquences du côté du sac lacrymal.

Moure (1) prétend que dans l'ozène l'épiphora se rencontre rarement et ajoute-t-il, « cela se comprend aisément par le fait même que cette rhinite produit l'élargissement du canal nasal et non sa compression ou son rétrécissement. »

Sans discuter ici la question de fréquence, les accidents lacrymaux peuvent s'expliquer en partie par le rétrécissement tout au moins de l'orifice du canal lacrymal, par substitution de tissu fibreux rétractile de la muqueuse normale, aussi bien que par la présence de croûtes qui en obstruent plus ou moins la lumière.

De plus, Terson père, le Professeur Panas, qui ont appelé l'attention sur la dacryocystite des ozéneux admettent que le retrait atrophique qui frappe en ce

(1) *Moure*. — Journal de Médecine de Bordeaux, 1889, n° 47.

cas le squelette peut rétrécir le canal nasal et occasionner la stase des produits de la sécrétion lacrymale. D'ailleurs le canal lacrymo-nasal avec son orifice inférieur demeureraient-ils aisément perméables que d'après Ziem (1), l'atrophie des tissus communs de l'entonnoir lacrymal et de la cavité nasale empêcheraient l'écoulement des larmes « par l'absence de l'aspiration produite par le dégonflement de la muqueuse au moment de l'inspiration. »

Ajoutons encore, avec Rampoldi (2) que « la continuité de la muqueuse pituitaire, celle du périoste qui tapisse une partie du squelette commun à la cavité nasale et à l'appareil lacrymal, les vaisseaux artériels veineux lymphatiques qui serpentent de l'une à l'autre région transportent de celle-ci à celle-là la plus légère influence morbide. C'est en vertu de ces rapports que l'ozène exerce l'influence la plus directe sur les voies lacrymales, y produisant des altérations diverses qui se révèlent plus ou moins par un épiphora symptomatique, par du catarrhe, une tumeur lacrymale, la fistule. »

Nous rapportons plus loin des observations de dacryocystite suppurée (Obs. V, de Gruhn; Obs. X et XI de Cuénod) suite d'ozène; dans ces cas, l'infection microbienne du sac lacrymal n'a dû son origine vrai-

(1) Ziem. — Monatschrift für Ohrenheilkunde: 8 et 9, 1893, (In annales des maladies de l'oreille, août 1894).

(2) R. Rampoldi (de Pavie). — Res ophthalmicæ undique collectæ. annotazioni cliniche (Annali di Ottalm. Milano, fasc 4, 1895, traduit de l'italien).

semblablement qu'à l'ozène, cause de l'inflammation qui a précédé le stade suppuratif.

L'action infectante de la sécrétion nasale se propageant le long du canal, l'abolition des moyens de défense de la muqueuse pituitaire, la pénétration dans le sac du bacille de Lœwenberg lui-même nous apparaîtront nettement dans l'exposé de ces observations.

Avec quelle fréquence se présentent ces cas de blennorrhée lacrymale due à l'ozène?

Si Moure, Faravelli et Kruch (1) considèrent comme rare cette complication, Schmidt, Rimpler, Von Millingen, Le Henaff (Th. Bordeaux, 1893) la considèrent comme fréquente.

Sur les 19 cas de rhinite atrophique fétide (38 observations d'affections oculaires accompagnées d'affection nasale) rapportés par Gruhn, nous relevons 7 cas de blennorrhée lacrymale, 1 cas de fistule du sac et 1 cas de blennorrhée lacrymale septique.

Nous signalons en outre, deux cas de dacryocystite chez des ozéneux venus consulter dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Saint-Joseph (service de M. le docteur Kopff) (Obs. VIII et IX).

Mais une question se pose : l'affection nasale est-elle primitive ou secondaire?

Dans un travail sur les rapports entre les affections lacrymales et nasales, les docteurs Faravelli et

(1) *Faravelli et Kruch.* — *Annali di Ottalmologia.* Milano, t. 3, 1888.

Kruch (1) (de Pavie) discutent ce point : « D'après nos observations, écrivent ces auteurs, comme nos malades nous en avertissaient, l'affection oculaire serait bien antérieure à celle du nez. De ce fait, on ne peut conclure que l'affection du nez soit secondaire ; le praticien qui s'occupe des affections nasales sait combien les symptômes subjectifs sont peu marqués et passent inaperçus surtout quand il s'agit de sujets peu intelligents et peu soigneux de leur santé comme les campagnards (*Cantadini*) sur lesquels furent faites en grande partie nos observations.

« C'est par le traitement que nous avons mis en évidence, cette priorité de l'affection du nez. Nous avons constaté en traitant l'affection nasale une amélioration et une guérison rapides, quelle que soit l'affection, forme aiguë ou chronique, des voies lacrymales contre laquelle tous les moyens thérapeutiques avaient été tentés inutilement. »

(1) *Faravelli et Kruch*. — *Annali di ottalmologia*, t. 3, 1888. (Trad. de l'italien).



OBSERVATIONS

Observation I. — (Faravelli et Kruch. In *Annali di Ottalm.* Milano, 1888, p. 3)

Ozène. Larmolement et fistule lacrymale.

Delphine Sav..., 39 ans, de Valle-Lomellina. Fistule lacrymale à l'œil gauche. Le larmolement datait de 4 ans, la fistule, de quelques mois.

Ozène avec abondante formation de croûtes ; déviation de la cloison à droite, de façon que la cavité gauche est encore plus large.

Observation II (D^r H. Gruhn. In *Münchener med. Wochensch.* n° 27, 1888. (Trad. allemande)

Ozène. Blennorrhée lacrymale double.

7 mars 1886. — Hiller P..., 63 ans.

Œil : blennorrhée lacrymale des deux côtés.

Nez : Rhinite atrophique fétide très prononcée avec formation de croûtes des deux côtés.

Pharyngite atrophique.

Observation III (D^r Gruhn. *Idem*)

15 mars 1896. — Christine Br..., 21 ans.

Œil : à droite, malade depuis 2 semaines. Blennorrhée lacrymale.

Peck

Nez : des deux côtés, rhinite atrophique fétide d'intensité moyenne. Pharyngite atrophique.
Amygdales hypertrophiées.

Observation IV (D^r Gruhn. *Idem*)

19 décembre 1886. — Anna R..., 46 ans. Larmolement de l'œil gauche depuis plusieurs années. Blennorrhée lacrymale. Sondage. Commencement de rhinite atrophique avec encore des traces d'hyperplasie.

Méat inférieur élargi. Fétidité modérée.

Observation V (*Idem*)

8 janvier 1887. — Elisabeth R..., 47 ans. Il y a 8 jours, œdème de tout le visage, auquel a survécu une affection de l'œil gauche. Blennorrhée lacrymale septique. Rhinite atrophique fétide avec croûtes des deux côtés.

Observation VI (*Idem*)

5 Février 1888. — Maria W..., 48 ans.

Malade des deux yeux depuis dix ans. Blennorrhée lacrymale des deux côtés. Sondages.

Fétidité intense venant du nez. Des deux côtés, légère atrophie des cornets inférieurs, plus à gauche qu'à droite. Sécrétion peu abondante. Diagnostic de rhinite atrophique fétide.

Traitement : Insufflations d'iodol dans le nez.

Observation VII (*Idem*)

8 Février 1887. — Minna S..., 44 ans.

Depuis 7 ans, inflammation des deux yeux. Blennorrhée lacrymale des deux côtés. Sondage.

Fétidité nasale intense. Forte déviation de la cloison cartilagineuse à droite, au point que la fosse nasale droite paraît rétrécie fortement. Atrophie prononcée du cornet inférieur à droite. Fosse nasale remplie d'une sécrétion jaune sale, fétide. Cornet moyen invisible à cause de la cloison déviée. Cornets inférieur et moyen gauches en partie atrophiés, en partie hypertrophiés.

Diagnostic : rhinite atrophique fétide.

Traitement : insufflations d'iodol.

Observation VIII (Due à l'obligeance de M. le D^r Kopff, hôpital St-Joseph, service d'ophtalmologie)

M^{me} B..., 43 ans, (n° 3436 du registre d'inscription) vient à la consultation le 14 mars 1899.

Présenté à l'œil gauche une dacryocystite suppurée durant depuis quelque temps. Gonflement intense de la paupière inférieure gauche.

La malade n'a pas à se plaindre de son nez ; mais ne perçoit pas les odeurs,

Examen rhinoscopique : Fosses nasales larges ; atrophie des cornets inférieurs droit et gauche.

L'élargissement de la fosse nasale gauche est plus considérable. Fétidité peu prononcée.

Observation IX (*Idem*)

M^{me} L..., 16 ans, (n° 3140).

Se présente le 1^{er} octobre 1898. A gauche, il y a un

commencement de dacryocystite : écoulement muco-purulent ; rétrécissement des voies lacrymales des deux côtés.

A l'examen, le nez offre tous les symptômes d'une rhinite atrophique fétide avec formation de croûtes.

M. le Dr Cuénod (1) rapporte deux cas de dacryocystite ozéneuse. L'auteur a trouvé dans ces deux cas le bacille de l'ozène.

Dans l'un des cas, dès le premier ensemencement, les tubes révèlent une culture pure ; dans l'autre cas la première génération fut contaminée par les microcoques et les bacilles inoffensifs de la conjonctive ; la seconde génération donne des cultures pures. Dans les 2 cas, le rhino-bacille fut très virulent, d'une virulence que le streptocoque seul aurait pu atteindre ; le streptocoque, recherché, ne fut cependant pas trouvé.

Observation X. (A. Cuénod, Archives d'ophtalmologie, août 1894, p. 495).

Dacryocystite Ozéneuse. Examen bactériologique.

Madame F..., se présente le 23 mai 1894 à la consultation de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, avec, à l'œil gauche, une tumeur lacrymale enflammée. Depuis plusieurs années, la malade souffre de larmoiement et d'abcès du sac récidivants. Elle présente une forte odeur nasale ozéneuse. L'abcès sur le point de s'ouvrir au dehors, est largement et aseptiquement incisé ; il donne issue à une quantité modérée de pus blanchâtre qui frappe par sa consistance filante sirupeuse.

(1) A. Cuénod. — Archives d'ophtalmologie, août 1894.

Lavages antiseptiques au biiodure et tamponnement à la gaze iodoformée. On donne des instructions à la malade qui ne peut revenir à la clinique.

Les lamelles examinées immédiatement avec le Gram, ne montrent que des leucocytes, partiellement dégénérés ; aucune bactérie n'est relevée ; recolorées à la fuchsine, elles montrent çà et là de gros diplocoques irréguliers.

Deux tubes d'agarensemencés (pus de dacryocystite et sérosité nasale) sont placées à l'étuve à 37° ; l'un et l'autre présentent, le lendemain, 24 mai, un aspect identique ; la strie d'inoculation est bordée dans toute sa longueur d'une couche légère d'un enduit opalin à périphérie ondulée blanchâtre, en relief sur l'agar. La culture rappelle celle du coli-commune ; elle présente la même odeur infecte. Aucune colonie quelconque n'est relevée.

Le 27 mai, les cultures sont peu augmentées ; elles ont un aspect étalé, aplati, et mesurent 6 à 7 mill. dans leur partie la plus large, la périphérie est ondulée et finement striée. Au moment de la prise avec le fil de platine, je constate que la culture est semi-fluide : l'anse de platine tire avec elle de longs filaments visqueux. Sous le microscope ; gros bacilles de 1 μ , 5 d'épaisseur et d'une longueur variable ; les plus petits ont 2 μ ; les plus longs, véritables filaments, ont de 20 à 30 μ . Ils prennent fortement le violet simple, mais se décolorent rapidement et complètement par le Gram. Examinés en gouttelette suspendue, ils se montrent complètement immobiles ; colorés avec la fuchsine-rubine, ils prennent inégalement la matière colorante ; les filaments ont une teinte foncée, uniforme ; les bacilles les plus courts présentent à leurs deux extrémités un point plus fortement coloré. Tous sont séparés les uns des autres par un large espace rempli par une substance granuleuse qui prend faiblement la matière colorante.

Le 30, même aspect macroscopique de la culture. Au microscope, plus de filaments ; les bâtonnets sont modifiés dans leur forme ; on ne constate plus que de gros cocci ovoïdes mélangés de diplocoques. L'aspect est identique à celui des cultures obtenues par MM. Terson et Gabrielides.

1^{er} juin, inoculation dans la cornée d'un lapin.

Le 2, petit abcès sans réaction. Le 4, l'abcès proémine et s'étend en largeur ; en outre, large hypopyon remplissant les 3/4 de la chambre antérieure. Le 7, l'hypopyon est résorbé en partie ce jour-là : l'ulcère est gratté aseptiquement, j'en fais une culture sur agar. Le 9, le nouveau tube présente le même aspect que les tubes primitifs, mais toute odeur fétide a disparu. Au microscope : mélange de larges filaments et de diplocoques caractéristiques entourés d'un halo blanc.

Le 12, dans la culture il n'y a plus que des coques ovoïdes ou bilobées. Ce même jour, examen des cultures primitives, vieilles de trois semaines ; il existe un polymorphisme remarquable ; monocoques, diplocoques en biscuit, diplocoques avec points séparés et halo capsulaire rappelant le diplocoque de Friedländer chaînettes de gros et de petits cocci, filaments grêles et filaments épais, le tout enveloppé dans une masse finement granuleuse, tantôt immédiatement adjacente aux éléments, tantôt séparée d'eux par un espace absolument clair. Des cultures faites sur gélatine rappelleront beaucoup celles du coli commune : taches brillantes, translucides, porcelanées à leur périphérie. Pas de liquéfaction. Odeur infecte. Bacilles trapus, mais immobiles.

Dans le bouillon où le streptocoque fut recherché sans succès : dépôt à la surface et collerette adhérente. Bacilles de longueur variable.

Depuis le 23 mai, jour de l'incision, la malade ne s'est pas représentée à la Clinique et l'examen bactériologique n'a pu être renouvelé.

Observation XI (Cuénod; *idem.*)

Le nommé V..., 60 ans, se présente à la consultation de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, le 1^{er} juillet 1894, avec une dacryocystite du côté gauche ; très forte odeur ozéneuse du nez qui date de l'enfance. Œil droit, panophtalmie trauma-

tique, énuclée dans le service, en 1891. Œil gauche, larmoie-
ment depuis longtemps. Depuis quelques jours seulement,
tuméfaction et douleur au niveau du sac. Incision du point
lacrymal, inférieur ; écoulement de sang strié de pus.

Trois tubes furent ensemencés. — I. Prise faite dans
la narine correspondante (croûtes). Culture pure du bacille
de l'ozène. Odeur désagréable des cultures. — II. Ensemen-
cement de sérosité conjonctivale. Culture pure du bacille en
massue de la conjonctive normale. — III. Ensemencement
du liquide obtenu à l'incision du point lacrymal inférieur.
Culture mélangée présentant au 4^e jour :

1^o Des colonies circulaires de cocci en tétrades ;

2^o De petites colonies streptococciformes du bacille en
massue ;

3^o Dans la partie la plus reculée, un enduit opalin trans-
lucide à contours ondulés et striés, reconnaissables à pre-
mière vue pour une culture du microbe ozéneux, au micros-
cope ; gros cocci ovoïdes largement encapsulés. Isolés en
culture pure ; filaments, bacilles, formes en bisouits, diplo-
coques, etc. Pas d'odeur. Inoculation au lapin (de la deuxième
génération au quatrième jour) ulcère à hypopyon.

Le malade est en cours de traitement (sondage antiseptique à la consultation externe).

Cuénod ajoute à la suite de ces 2 observations :
« Ce gros microbe pathogène, à cultures abondantes
et rapides, épaisses, opalines, visqueuses, conservant
longtemps sa virulence, n'est nullement le pneumo-
coque à colonies délicates, « en goutte de rosée »
d'une virulence passagère et d'une part Gasparini (1)
et Basso (2) ont signalé dans le pus de dacryocystites

(1) *Gasparini*. — Il diplococco di Fraenkel in pathologia
oculare. — *Annali di Ottal.* 1893.

(2) *Basso*. — Bactériolog. de la Kératite à hypopyon. Con-
grès de Rome, 1894.

et d'ulcères cornéens concomitants et que d'autre part, Morase a trouvé dans certaines conjonctivites sans complications lacrymales.

En 1885, Sattler, au Congrès de Heidelberg a signalé un pneumocoque dans le pus des dacryocystites, mais à cette époque la différenciation entre le microbe de Frœnkel et celui de Friedländer n'était pas encore nettement établie. Il semble bien qu'il s'agisse cependant alors du petit diplocoque de Frœnkel.

» Si nous remontons encore en arrière, nous trouvons qu'en 1884, Widmark (*Bakteriologische Studien ueber dacryocys. Nord. medic. Ark. 1884*). dans ses premières recherches sur les dacryocystites signale entre autres bactéries rencontrées « un diplocoque à cocci souvent si rapprochés qu'il offre l'aspect d'un bâtonnet » ; ce bâtonnet est fréquemment entouré d'un halo blanc. Les cultures sont d'un blanc sale, luisant. Sur gélatine, en piqûre : pellicule grise, avec stries en plume d'oie. Dans la cornée du lapin : abcès avec hypopyon, avec des cultures pures allant de la 4^e à la 24^e génération. Cultures identiques à celles obtenues avec les produits du raclage des ulcères expérimentaux. Widmark ne signale aucune odeur spéciale chez ses malades ; mais il nous paraît probable que le microbe qu'il décrit dans sa première communication est le même que celui de nos deux observations. »

Cuénod fait remarquer que jusqu'à ces temps derniers le microbe de Widmark a été retrouvé, et à

côté de ce microbe, le diplocoque de Frœnkel et le bacille pyocyanique.

L'auteur termine par cette conclusion : « En présence de nos deux observations, il faut absolument, chez les ozéneux du moins, ajouter à ces bactéries le microbe décrit par Lœwenberg et dont les caractères morphologiques sont si voisins de ceux de Friedländer qu'on est enclin à l'identifier à ce dernier. »

« Chez les ozéneux, MM. A. Terson et Gabrielidès ont montré que ce microbe existe à l'état habituel, non-seulement dans le nez, mais aussi sur la conjonctive. Nos deux observations démontrent qu'il peut se trouver en cultures virulentes et pures de toute autre bactérie pyogène dans le sac enflammé de ces mêmes malades. »

B. — *Affections conjonctivales avec ou sans complications du côté des paupières.*

La conjonctive ainsi que l'appareil palpébral lui-même, bien que ses rapports avec la cavité nasale soient indirects, ne se trouve pas plus à l'abri que l'appareil lacrymal.

Bien souvent même, et le fait peut paraître étrange, l'appareil lacrymal a toute l'apparence de l'état normal.

Nous emprunterons de nouveau au D^r R. Rampoldi (1) (de Pavie) certaines remarques à ce sujet.

Lorsqu'une affection nasale quelconque reténit sur l'appareil lacrymal, « la conjonctive se ressent de cette affection non-seulement par la rétention mécanique des larmes, mais encore par la diffusibilité de cette affection surtout quand sa nature infectieuse est bien affirmée. »

« Or, ajoute Rampoldi, que dirons-nous de cette action lente, assidue, qu'entretient l'ozène et qui se propage à l'appareil de la vision ? Certes, l'oculiste ne laissera pas échapper à son examen ces cas d'hyperhémie chronique de la conjonctive et du bord des paupières qui ont quelque chose de caractéristique, avec cette rougeur et ce gonflement des angles, avec ces cils qui sont agglutinés et courts, donnant lieu facilement à du prurit, se détachant aisément et tendant en repoussant à prendre une direction anormale. Dans ces cas, si l'on observe bien, la caroncule est hypertrophiée ; dans l'angle externe de la conjonctive se trouvent aussi des follicules hypertrophiés ; le malade éprouve un besoin irrésistible de battre les paupières ou de se frotter pour enlever quelque cil mal implanté par suite de l'hyperhémie chronique des bords de la paupière et parfois il se plaint d'asthénopie accommodative. Ces symptômes objectifs et subjectifs font surtout penser à une altération quelconque de la canalisation dans l'appareil excréteur

(1) *Rampoldi*. — *Annali di ottalmol.* Milano. — Loc. c.

des larmes. Pourtant, cet appareil peut parfois se trouver complètement perméable. Mais si nous insistons dans l'examen et si nous pensons à la possibilité que l'ozène se présente, ozène que le malade qui vient nous voir s'efforce de cacher, sachant la désagréable impression que cette maladie produit, nous nous rendrons compte de quelle façon ces mêmes symptômes se sont produits.

« Il m'est arrivé d'observer plusieurs cas de ce genre ; la conjonctive s'altère peu à peu, de telle sorte que le processus s'achemine vers une de ces formes lentement irritatives, proliférantes, qui peuvent simuler le trachome. De la même façon se produisent l'ectropion, le trichiasis. J'ai observé plusieurs cas de cette nature : le sujet, qui était atteint d'ozène, n'avait jamais eu d'altération apparente dans les voies lacrymales.

« Je soigne précisément en ce moment, au dispensaire de la Clinique d'Ophthalmologie, une jeune femme chez laquelle l'ozène est accompagné d'une atrophie extraordinaire de la conjonctive bulbaire et palpébrale. Il n'a jamais existé aucune altération apparente du côté des voies lacrymales ».

La conjonctivite, suite d'ozène, est donc un fait bien observé, et il n'est pas besoin pour l'expliquer d'attribuer aux larmes le rôle principal dans l'étiologie de cette conjonctivite. Sans doute, la stagnation des larmes due à une affection du sac lacrymal, contribue par l'absence de balayage de la surface conjonctivale à favoriser le développement des microorganismes qui se trouvent en cette région, mais dans les

cas d'ozène cités par Rampoldi, dans les recherches faites par Terson et Gabrielidès sur l'état microbien de la conjonctive chez les ozéneux, l'appareil lacrymal se trouvait perméable et normal, et les microorganismes recueillis sur la conjonctive et cultivés en milieux convenables n'en étaient pas moins virulents.

A l'état normal, la conjonctive « par ses conditions de température, d'humidité, d'alcalinité légère, paraît éminemment favorable au développement des microorganismes » (Cuénod) (1).

Les cils, les bords ciliaires des paupières sont surtout des réceptacles où se logent les microbes venus de l'extérieur.

La fonction lacrymale s'accomplissant régulièrement est un moyen assuré de défense contre ces microbes.

Or comment se fait-il que chez l'ozéneux malgré l'état normal des voies lacrymales et le fonctionnement régulier des larmes, la conjonctive et la cornée subissent les altérations que nous avons étudiées et que nous étudierons encore dans la suite ?

Le microbe spécifique de l'ozène existe-t-il dans le cul-de-sac conjonctival des ozéneux sans complication apparente des voies lacrymales ?

A. Terson (2) et Gabrielidès ont tenté des recherches dans ce sens.

(1) Cuénod. — Bactériologie clinique de la conjonctive. — Gazette des Hôpitaux, septembre 1894, n° 107.

(2) Terson et Gabrielidès. — Recherches sur l'état microbien de la conjonctive des ozéneux, sans complications appa-

Lœwenberg n'avait pas trouvé son microbe dans le liquide conjonctival chez les personnes atteintes de kératite.

« Nos recherches, disent ces auteurs, ont débuté en janvier 1894, et nous avons fait depuis cette époque l'examen microbien du cul-de-sac chez 14 ozéneux, dont le plus grand nombre provenaient des cliniques des D^{rs} Lubet-Barbon et Castex ».

Le coccus de Lœwenberg a été trouvé constamment. Dans un cas, le coccus typique était accompagné de colonies de staphylocoques blancs. Dans un autre cas, rien que du staphylocoque blanc. Les cultures ont donné une odeur très semblable à celle de l'ozène.

« Nous avons fait, ajoutent-ils, avec des cultures jeunes des piqûres interstitielles à la cornée des lapins. Nous avons obtenu une fois en particulier la panophtalmie en trois jours par une de ces piqûres. La virulence nous a paru augmentée, quand le microbe a sa forme allongée, bacillaire.

« Il nous restait à savoir si la teneur microbienne des culs-de-sac de ces ozéneux correspondait à l'état microbien si particulier de leurs fosses nasales. »

Les cultures faites avec le mucus nasal des ozéneux mis en expérimentation, inoculées à la cornée du lapin ont donné des abcès à hypopyon plus ou moins graves, mais non pas de panophtalmie. Leur

rentes des voies lacrymales. — (Arch. d'ophtalm. de Paris, août 1894).

virulence était donc moindre. De plus, les cultures ont poussé beaucoup plus lentement, ont été moins développées.

Considérée à un autre point de vue, la conjonctivite des ozéneux présente en outre des caractères spéciaux.

De même que les conjonctivites dues au gonocoque, au pneumocoque ou au streptocoque virulent se comportent chacune d'une façon particulière, la conjonctivite des ozéneux est caractérisée par sa ténacité, sa chronicité et la tendance suppurative des phlyctènes qu'elle produit. Le traitement local n'a aucune efficacité; le seul traitement de l'ozène peut la modifier.

D'après Rothholz (1), la conjonctivite chronique observée dans l'ozène est souvent accompagnée d'un léger écartement de la paupière inférieure en avant du bulbe oculaire, de l'antéversion du point lacrymal inférieur avec épiphora.

Pour Moldenhauer, l'inflammation de la conjonctive serait assez fréquente chez les ozéneux.

Guilpin (2) dit n'en avoir rencontré qu'un seul cas en cinq ans et Deumier (3) n'en rapporte que deux cas.

En présence de cet état microbien de la conjonctive chez les ozéneux, aucun doute ne saurait subsister

(1) *Rothholz*. — Sur les rapports des affections oculaires avec les affections du nez. — *Deutsch, méd. Wochens*, n° 52, 1887.

(2) *Guilpin*. — Thèse de Paris, 1895.

(3) *Deumier*. — Th. Paris, 1888-89.

sur l'origine des complications oculaires qui peuvent survenir.

L'ozéneux peut transporter lui-même le microbe qui infeste ses fosses nasales comme le sujet atteint de blennorrhagie transporte le gonocoque sur sa conjonctive. Ne peut-on pas aussi admettre une infection ascendante venue des fosses nasales par les voies lacrymales ?

Telle est l'opinion de Cuénod et Terson.

Nous verrons dans l'article suivant que le docteur A. Trousseau partage cette façon de voir.

Il est en outre permis de se demander si par un mécanisme mal défini, il est vrai, l'ozène ne peut « exalter la virulence des cocci normaux de la conjonctive (Cuénod et Terson). Ce point reste encore à démontrer.

OBSERVATIONS

Observation XII (Deumier. Thèse de Paris 1889)

Rhinite atrophique ; Ozène nasal et pharyngé : Conjonctivite double ; Troubles de la vue ; Névralgies.

M^{me} Marie B..., 35 ans, se présente à nous le 8 avril 1889 (n° 873 de la clinique).

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts à un âge assez avancé, les frères vivants.

Depuis 15 ou 16 ans cette malade souffre de douleurs névralgiques dans la région naso-frontale et péri-orbitaire.

Catarrhe nasal chronique depuis cette époque, mucosités abondantes, écoulement perpétuel. La vue est troublée et diminuée. Le matin la malade ne voit rien et de même le soir à la lumière. Sommeil court et difficile. Elle dort la bouche ouverte et ronfle. Amaigrissement, sueurs nocturnes. L'appétit est conservé.

Conjonctivite des deux yeux, prurit continu des paupières. Odeur fétide se dégageant par la bouche et par le nez.

Diagnostic. — Ozène nasal et pharyngé. Rien au larynx.

Traitement. — Lavages alcalins.

Mai 1889. — La malade revient un mois après, guérie de sa conjonctivité. Odeur ozéneuse très diminuée. Les névralgies ont cessé.

Observation XIII (Deumier. *Idem*)

Rhinite atrophique ; Ozène ; Conjonctivites

La nommée Joséphine K..., âgée de 40 ans, couturière, vient à la clinique pour la première fois le 19 octobre 1888 (n° 518). Elle a mal aux yeux depuis 10 ans. Conjonctivite à répétition, accident à l'œil gauche, il y a vingt jours, elle est allée consulter M. Abadie qui nous l'envoie.

La malade sent très mauvais. Elle n'a jamais eu l'odorat bien développé. Elle mouche le matin des matières épaisses, sans odeur, dit-elle, mais elle ne peut pas percevoir l'odeur fétide qu'elle exhale. Perméabilité du nez, normale. A l'examen, signes de la rhinite atrophique et de l'ozène.

Déviation de la cloison à gauche. Lavages au naphthol.

Observation XIV (Clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Joseph. Service de Monsieur le Docteur Kopff).

Ozène. — Conjonctivite

Antoinette H..., 14 ans, se présente à la consultation de l'Hôpital Saint-Joseph (n° 2767). Elle est atteinte de conjonctivite légère, surtout à gauche. Larmoiement. L'odeur pénétrante qui s'échappe du nez de la malade détermine l'examen des fosses nasales, dans lesquelles on découvre les signes d'un ozène avancé, avec croûtes nombreuses. La malade n'a pas été revue.

C. — Lésions de la Cornée.

Si l'état microbien de la conjonctive occasionne chez l'ozéneux cette conjonctivite spéciale si rebelle que nous venons d'étudier, là bien souvent ne s'arrêtent pas les lésions.

Abadie, Trousseau, Van Millingen et Rampoldi ont noté la fréquence des lésions cornéennes : Kératite parenchymateuse, ulcères de la cornée, staphylomes. Nous rapportons à la fin de ce paragraphe trois cas de lésions cornéennes dont Gruhn donne l'observation.

De même que la conjonctive, la cornée peut être atteinte sans affection aucune des voies lacrymales ; même tendance aussi à la suppuration.

Nicden en effet a démontré que les ulcères cornéens, lorsqu'il y a ozène, ont une tendance marquée à devenir purulents (Archiv. für Augenheilkunde. XVI. 1886).

Dans ce même article, déjà cité plus haut, R. Rampoldi rapporte un cas intéressant de complication du côté de la cornée : « J'ai eu cette année (1885) à soigner une jeune fille de 16 ans, chez laquelle depuis une fièvre typhoïde, survenue 9 ans auparavant, s'était développé à l'œil droit un kératocône qui prit de graves proportions et à l'œil gauche un kératoglobe d'un faible degré.

« Or cette jeune fille souffrait à la même époque d'un ozène et cette affection d'après les parents se serait manifestée peu à peu depuis la maladie qu'elle avait subie.

« Voici un cas, à vrai dire, qui a affermi en moi la croyance qu'une grande part causale dans la genèse du kératocône est due à une altération sécrétoire primitive endo et peut-être péri-oculaire. A droite, du sommet grisâtre de la cornée, l'humeur aqueuse en filtrant avait suscité une conjonctivite proliférante ». (*Traduction italienne.*)

Rampoldi cite encore un autre cas : « Une jeune femme de 25 ans envoyée à la section ophthalmique de l'hôpital de Pavie, présentait un kératoglobe de chaque côté, presque entièrement transparent. Cette affection s'était développée lentement à la faveur d'une kératite parenchymateuse ayant duré des années. Cette femme avait de l'ozène. » (*Idem*).

Ces cas de kératite parenchymateuse concomitants de l'ozène, Rampoldi prétend les avoir rencontrés plusieurs fois.

A. Trousseau (1) de son côté, rapporte plusieurs cas d'ozène compliqués d'ulcérations de la cornée. Nous donnons dans son entier l'observation qui a servi de base à son étude (Obs. XV).

Partant de cette observation, l'auteur fait nettement remarquer que si « ces mêmes affections amenant une dacryocystite peuvent être le point de départ de graves ulcérations de la cornée, l'ozène simple peut produire *sans aucune altération apparente des voies lacrymales* des phénomènes graves du côté de la membrane transparente et les moindres éraillures de cette membrane peuvent être une porte d'entrée pour les microbes spécifiques et constituer des ulcères septiques au premier chef.

A. Trousseau insiste sur les caractères de l'affection nasale en question et démontre qu'il s'agissait bien d'un ozène vrai essentiel, et il ajoute : « J'avais maintes fois été frappé de la difficulté avec laquelle certains ulcères de la cornée dits infectieux marchaient vers la guérison et la facilité avec laquelle ils récidivaient. J'avais toujours fixé mon attention sur les voies lacrymales si souvent coupables et dans certains cas je n'avais pu que constater leur perméabilité et leur santé parfaite. En même temps, une odeur fétide spéciale m'avait obligé à m'occuper des fosses nasa-

(1) A. Trousseau. — L'ozène et les ulcères infectieux de la cornée) Journal de médecine de Paris, 7 avril 1889).

les que je n'osais trop accuser à cause de l'état satisfaisant du canal lacrymal. J'ai pourtant dû par la suite me rendre à l'évidence et reconnaître que l'ozène simple pouvait être un facteur important de gravité pour les ulcères de la cornée. »

L'auteur, en deux ans, a recueilli onze faits analogues à celui qu'il rapporte et toujours la désinfection du nez a été le point de départ de la sédation des accidents du côté de l'œil.

Nous pouvons d'ailleurs faire ici, sans nous écarter du sujet de cette thèse, une remarque que tous les ophtalmologistes ont présente à l'esprit. Lorsque chez un ozéneux, une intervention chirurgicale pour une affection quelconque de l'œil se montre nécessaire (cataracte par exemple) l'obligation de désinfecter auparavant la cavité nasale s'impose, car de nombreux cas ont été notés dans lesquels eut lieu la suppuration du lambeau après une extraction de cristallin. Certains opérateurs même oblitèrent d'une façon temporaire le canal lacrymal par divers procédés afin d'assurer l'asepsie complète du champ opératoire (Van Millingen, Terson et Gabrielidès).

Disons en terminant que si l'ozène est capable de produire de toutes pièces les accidents que nous venons de mentionner, à plus forte raison, son action septique se fait-elle sentir sur les ulcères cornéens constitués et dont l'origine n'est pas due à l'affection nasale.

OBSERVATIONS

— — —

Observation XV. — (A. Trousseau. — Journal de médecine de Paris, 7 avril 1889).

Cas d'ozène compliqué d'ulcère infectieux
de la cornée.

Eugénie L..., 22 ans, lymphatico-strumeuse, a un ulcère grisâtre à la partie inféro-interne de la cornée gauche et accompagné d'un hypopyon qui occupe à peu près le 1/5 de la chambre antérieure ; légère infiltration purulente entre les lames de la cornée au voisinage de la perte de substance.

Pas de traumatisme ; rien aux voies lacrymales. Ozène simple caractéristique ; pas d'ulcérations nasales, atrophie très marquée des cornets.

Le 2 janvier 1887, l'ulcère est touché au galvano cautère, ponction de la cornée, irrigation de l'œil au sublimé au 1/2000, instillation d'ésérine, pansement antiseptique qui sera changé deux fois par jour. Huile de foie de morue, bains de Salies-de-Béarn.

Le 6 janvier, amélioration : l'hypopyon ne s'est pas reproduit, mais l'ulcère ne tend pas vers la cicatrisation et reprend un aspect sanieux.

Le 8 janvier, même état ; retouche au galvano-cautère.

Le 20 janvier, même état ; très léger hypopyon. Galvano-cautère.

Le 30 janvier, état satisfaisant ; suppression des pansements ; continuation des lavages et de l'érésine.

Le 3 février, guérison ; l'huile de foie de morue et les bains seront continués.

Le 2 mars, la malade revient avec une nouvelle ulcération semblable à la première, qui dure six semaines, en

s'améliorant très difficilement. Au moment où la guérison paraît devoir être obtenue, il se produit en plein traitement une récurrence aussi grave que le premier jour. Je recommande alors à cette jeune fille de faire soigner son ozène. On lui applique le tampon de Gottstein ; on lui ordonne des lavages d'eau salée. Je lui prescris, en outre, deux grandes irrigations du nez par jour avec le sublimé à 1/2000. Après 15 jours de ce traitement et d'une seule application de galvano-cautère sur la cornée au moment de la récurrence, l'hypopion a disparu et l'ulcère cornéen s'est comblé.

Depuis, la malade a été suivie et en janvier 1889, elle était encore fort bien portante.

Son onzène a fini par guérir.

Observation XVI. — (Gruhn. — Münchener med. Wochens. n° 27, 3 juillet 1888)

3 août 1887 (obs. 14 de Gruhn.) — Nicolas D..., 45 ans.

Depuis quatre jours, inflammation de l'œil droit ; douleurs.

Du même côté, grande ulcération (septique) de la cornée avec hypopion énorme.

Des deux côtés, blennorrhée lacrymale.

De même, des deux côtés, rhinite atrophique fétide légère.

Observation XVII. — (Gruhn. — *Idem*)

30 octobre 1887 (obs. 19 de Gruhn). — Barbara S..., 54 ans. Mal aux yeux depuis six mois environ. Blennorrhée lacrymale des deux côtés. Anciennes taches de la cornée.

Depuis des années la malade souffre d'une obstruction nasale et de fréquentes épistaxis. Pas d'anosmie.

Des deux côtés : rhinite atrophique très prononcée ; hypertrophie des cornets moyens ; croûtes, fétidité nasale. Pharyngite atrophique.

Observation XVIII. — (Gruhn. — *Idem*)

17 mars 1887 (obs. 29 de Gruhn). — Marie D..., 14 ans. Depuis plusieurs années, écoulement purulent de l'œil gauche. Des deux côtés, anciennes taches de la cornée. Des deux côtés, blennorrhée lacrymale avec formation d'une fistule ; rhinite atrophique à droite et gauche. Cornets inférieurs très atrophiés ; cornets moyens hypertrophiés, peu de sécrétion, peu de fétidité. Pharyngite atrophique.

D. — *Névrite Optique*

Le Dr D.-E. Sulzer (1) rapporte deux cas de névrite optique qu'il attribue à l'ozène (Obs. XIX et XX).

La névrite optique peut reconnaître de multiples origines : ataxie locomotrice, sclérose en plaques, affections encéphaliques, maladies aiguës infectieuses, blennorrhagie (Panas), infection puerpérale et diverses sinusites.

E. Sulzer, dans l'observation détaillée que nous reproduisons entièrement, écarte de l'étiologie de la névrite optique de son malade, l'affection des sinus

(1) *E. Sulzer.* — De la névrite optique consécutive à l'ozène (*Annales d'Oculistique*, T. C. XIII, 1895).

ainsi que celles de l'encéphale, les seules qui dans le cas présent pouvaient prêter matière à discussion.

Le récit, les souvenirs du malade, l'éclairage et le cathétérisme demeurés négatifs, font éliminer par l'auteur l'influence causale d'une carie ou d'une supuration sinusienne.

D'autre part, aucun symptôme ne permet de penser à l'existence d'une lésion du côté du crâne ou de l'encéphale. L'ozène seul, ozène vrai et typique existant chez le malade pouvait être incriminé.

Sulzer déclare qu' « aucun symptôme ne prouve qu'il y ait entre les deux affections un lien de cause à effet ; mais certaines circonstances le rendent très probable. »

L'absence de toute affection autre ne suffirait-elle pas d'ailleurs à démontrer qu'il existait des rapports étroits entre les lésions oculaire et nasale.

« S'agit-il, dit Sulzer, d'une propagation de proche en proche du processus infectieux par la voie vasculaire lymphatique, ou d'une action à distance des toxines, comme nous l'observons pour le bacille de Loeffler dans les paralysies post-diphtériques, ou par le bacille du tétanos. »

Les faits observés ne permettent pas de trancher cette question.

« La localisation identique dans les deux cas observés parle plutôt en faveur d'une propagation de proche en proche par le moyen d'une voie préexistante. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que les

névrites sont souvent le fait d'une action infectieuse à distance ou d'intoxications.

« En ce qui concerne les relations pouvant exister entre l'affection du nerf optique et les altérations du champ visuel, je m'abstiens de toute conclusion. Une autopsie seule pourrait éclaircir ce point intéressant. »

Nous rapportons ici les deux cas de Sulzer dont nous résumons la deuxième observation.

Observation XIX (E. Sulzer. — Annales d'Oculistique, T. CXIII, 1893).

Le malade âgé de 34 ans était atteint d'ozène depuis sa jeunesse. Il avait subi l'opération radicale il y a 17 ans ; depuis il fait ordinairement deux larges irrigations nasales avec l'eau boricuée et arrive ainsi à atténuer l'odeur fétide. Mais ces derniers temps des occupations multiples l'ont fait négliger ces soins. Le nez légèrement aplati est plutôt sec. L'exploration au spéculum montre à droite des cornets minces, laissant voir des cavités très spacieuses, tapissées d'une pituitaire lisse. Absence complète des amygdales. A gauche les cornets font défaut. La partie postérieure de la cloison a également disparu, le tout ayant été réséqué il y a 17 ans.

Ce malade se présente à la Consultation le 27 juillet 1872. Il remarque depuis 10, 15 jours une partie obscure voilée, située en bas et en dedans du champ visuel de l'œil gauche. Dans cette portion de la rétine les objets sont vus indistincts, à bords plans. Cette partie se projette en un espace plus foncé dans un champ uni, comme celui du polarimètre ou du microscope. L'œil même est pesant et fatigué, la tête est très lourde. Le soir, le malade ne voit que la moitié supérieure des lettres en lisant. L'acuité visuelle centrale est des deux côtés, normale. L'examen périmé-

trique révèle une grande lacune irrégulière du champ visuel gauche, comprenant la totalité de sa moitié inférieure, mais n'atteignant pas le point de fixation. A l'ophtalmoscope, on trouve la papille du nerf optique droit rouge et gonflée. La rougeur et le gonflement sont localisés presque exclusivement dans la partie supérieure de la papille. Ce n'est que du côté nasal qu'ils empiètent un peu sur la moitié inférieure.

De ce côté, au niveau du diamètre horizontal de la pupille, on voit une petite hémorragie entre les fibres du nerf optique. Celle-ci est voisine d'une branche très gonflée de la veine centrale. Questionné sur son ozène, le malade déclara que son nez était irrité avant l'apparition des troubles visuels. En même temps la sécrétion déjà peu abondante s'est tarie. Un examen très approfondi ne révéla aucun signe d'une affection du sinus. Le malade n'a jamais observé l'écoulement d'une grande quantité de matière à la fois. Ce malade ne présentait aucune maladie ou tare pouvant expliquer l'origine de cette papillite partielle.

L'amélioration des troubles oculaires marche de pair avec un changement favorable dans l'état du nez. La lacune du champ visuel a disparu après trois mois, tandis que les lésions ophtalmoscopiques n'ont jamais cessé complètement d'être visibles.

Le traitement a été dirigé dès le commencement vers l'état du nez. Les irrigations biquotidiennes d'eau boricuée ont été remplacées par des irrigations souvent répétées avec une solution de résorciné au 1/100°. L'iodure de potassium pris à la dose de 1 gr. 50 par jour produit un coryza iodique qui facilite les nettoyages de la pituitaire.

Ce traitement fut complété par des frictions mercurielles sur le front et la tempe et des sangsues artificielles à la tempe gauche. Cette thérapeutique fut immédiatement suivie d'une diminution du scotome, dont les limites s'éloignèrent du point de fixation. La perception des couleurs qui faisait complètement défaut dans la moitié inférieure du champ visuel au commencement de l'affection ne s'est pas complètement rétablie; le malade aperçoit dans cette partie

du champ visuel les teintes différemment de ce qu'elles sont dans le reste du champ visuel.

Observation XX. (*Idem* Résumée)

La malade est une femme âgée de 27 ans.

Affection oculaire double. Voit passablement le matin ; après un temps plus ou moins long, un brouillard vient obscurcir son travail.

Vision centrale considérablement abaissée.

1/3 de la normale à gauche ; 1/2 à droite.

Les moitiés inférieures du champ visuel font défaut de chaque côté.

Ophthalmoscope. — Des deux côtés, les moitiés supérieures de la papille du nerf optique sont rouges, gonflées, mal délimitées. Ces changements sont plus prononcés à gauche qu'à droite.

Veines rétiniennes très remplies.

La malade a d'ailleurs une santé excellente ; aucune affection pouvant entrer en cause dans la maladie oculaire ; toutefois, un ozène existe depuis sa première jeunesse ; grande fétidité ; le matin, croûtes nombreuses ; pas de carie osseuse.

Une rapide amélioration suit l'administration de lavages boriqués chauds. Au fur et à mesure de l'amélioration nasale, l'acuité visuelle centrale et l'étendue du champ visuel augmentent.

Après dix jours de traitement les symptômes ophthalmoscopiques disparurent presque entièrement.

E. — Troubles divers du côté de la vision.

Nous aurons terminé l'étude des complications oculaires de l'ozène lorsque nous aurons dit quelques mots sur divers troubles apportés au fonctionnement physiologique normal de l'appareil de la vision.

M. le Dr E. Berger (1) (de Paris), reconnaît qu'entre autres affections visuelles dues à l'ozène, se rencontrent une parésie de l'accommodation, une hypertension, de l'amblyopie, accès de glaucome chez les prédisposés.

M. Berger range ces divers troubles dans le groupe des troubles réflexes dus à l'ozène.

Sans rappeler ici les discussions au sujet des réflexes nerveux dans les affections nasales étudiées par F. Franck, il est d'observation banale qu'une excitation de la pituitaire agit par réflexe sur la sécrétion lacrymale (chatouillement, coryza, asthme des foins).

Rothholz (2) (de Stettin), dont nous avons traduit et déjà cité quelques passages, rappelle que le nez peut agir d'une façon réflexe sur l'œil et vice versa « par le système nerveux et les vaisseaux ; l'éthmoïdale antérieure qui fournit des rameaux à la portion antérieure du nez est une branche de l'artère ophthalmique ; la veine ophthalmique s'anastomose avec la

(1) E. Berger (de Paris). — Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et ses cavités voisines.

(2) Société de médecine pratique. — Séance du 7 janvier 1882.

veine faciale antérieure, qui reçoit une partie du sang du nez.

« Le nerf ethmoïdal est le rameau nasal du nerf naso-ciliaire, dont une autre partie se rend à l'œil. »

Cette action réflexe vasculaire et nerveuse est incontestable, mais il convient d'y ajouter l'action infectante des microbes et des toxines quand il s'agit de la rhinite atrophique fétide, action sur laquelle il nous semble inutile d'insister ici de nouveau.

M. A. Castex (1) rapporte le cas d'un jeune homme atteint d'ozène essentiel manifeste, compliqué d'amaurose presque complète ; hémianopsie de l'œil droit et gauche.

Il n'existait aucune affection du sinus sphénoïdal comprimant le chiasma ou la base du cerveau et pouvant expliquer ces troubles visuels. Aussi Castex incrimine-t-il l'ozène dont l'action nocive trouve son explication dans les recherches de Cénod, Terson et Gabrielidès, qui ont montré la présence du rhinobacille de Lœwenberg dans les voies lacrymales des ozéneux à l'état de microbisme plus ou moins latent.

Castex rappelle en outre qu'il existe des cas de rhinite atrophique fétide avec atrophie papillaire sans que la nature de l'intermédiaire se soit révélée d'une façon certaine. Mais le traitement de l'affection nasale avait un retentissement considérable sur l'amélioration des troubles oculaires.

(1) *A. Castex*. — *France médicale*, 9 avril 1897.

Observation XXI. — (A. Castex. — France
médicale, n° 15, 9 avril 1897. Résumée)

X..., âgé de 28 ans, n'a pas eu dans son enfance d'affection qui vaille la peine d'être notée. En 1889, tandis qu'il faisait son service militaire, il éprouve pour la première fois les symptômes de la rhinite atrophique ou ozène. Son nez exhalait une odeur repoussante, des croûtes verdâtres en obstruaient les cavités. Un spécialiste consulté prescrivit le traitement nécessaire, grâce auquel ces désagréables symptômes s'atténuèrent. Les troubles oculaires se sont montrés seulement au commencement de 1896.

Etat actuel du nez : Cornets inférieurs atrophiés ; croûtes tapissant les méats inférieur et moyen.

Etat des yeux : O. D. Amaurose presque complète. La lumière est très faiblement perçue. Hémianopsie. Le champ temporal est plus amoindri que le champ nasal. — O. G. Hémianopsie ; champ temporal plus amoindri que le champ nasal. Examen ophtalmoscopique. Papilles blanches, na-crées.

Après quelques semaines de traitement du nez, les troubles oculaires avaient diminué en même temps que l'ozène allait mieux.



Article II

Complications du côté des sinus du crâne et de la face

La question des affections sinusiennes dans leurs rapports avec l'ozène est des plus obscures. Les opinions des divers auteurs sont contradictoires. Michel et Rouge faisaient de l'ozène vrai une affection ayant sa source dans une altération des cavités accessoires.

Dans son traité sur l'ozène, Tissier rapporte cette affection à une lésion ethmoïdale : « Si l'on examine, dit-il, un ozène à son début ou à sa période d'état, on trouvera toujours, si l'on sait chercher, une lésion plus ou moins limitée, intéressant en l'une de ses parties le système ethmoïdial. Avec le stylet, on arrive en général très facilement soit dans la cavité des sinus, soit dans les cellules ; parfois il en résulte un écoulement de pus fétide ; plus souvent le stylet donne la sensation d'un os dénudé, ramolli, carié. »

Les sécrétions proviennent des points lésés, l'atrophie provient d'une sclérose épithéliale et ne constitue qu'un fait accessoire et contingent, la fétidité, des microbes saprogènes agissant par l'intermédiaire d'un ferment chimique (Tissier).

S'il en était ainsi, nous n'aurions pas à envisager l'ozène comme cause de complications du côté

des sinus ou tout au moins du côté des cellules ethmoïdales ; mais il arrive bien souvent que l'ozéneux se présente sans aucune lésion sinusienne et si dans certains cas les sinus ont été trouvés remplis de pus chez les ozéneux (obs. de M. le docteur Châtelier entre autres) il ne faudrait pas en tirer une conclusion générale pour faire de l'ozène une affection constamment secondaire d'une lésion des cavités accessoires.

Un fait demeure toutefois établi : il se présente et non rarement des ozéneux ayant une affection des sinus. Or trois questions peuvent être posées :

La lésion des sinus a-t-elle produit l'ozène ?

La lésion des sinus est-elle indépendante de l'ozène ?

La lésion des sinus est-elle due à l'ozène ?

Nous avons donné notre avis sur la première question.

Au sujet de l'indépendance de la lésion sinusienne et de l'ozène, Bosworth et Harris sont d'accord :

Harris (1) sur 10 ozéneux a observé 5 fois la sinusite.

Bosworth n'en a observé qu'un seul cas (sinusite ethmoïdale). Ces deux auteurs sont d'avis qu'il n'existe pas plus de rapports entre la sinusite et la rhinite

(1) *T.-J. Harris*. — Ozène en rapport avec les affections des sinus. (Séance de l'Académie de médecine de New-York, 26 mai 1897. — In *Annales des maladies de l'oreille*, décembre 1897).

atrophique qu'entre cette dernière et la cirrhose hépatique. Harris va plus loin et déclare qu'il est convaincu que les sinusites peuvent déterminer l'ozène. « Si la sinusite, dit-il, est secondaire à une affection nasale, pourquoi ne la guérissons-nous pas en soignant cette dernière ? »

M. le D^r Luc partage une opinion analogue, et ne croit pas que l'ozène puisse engendrer la sinusite.

A côté des opinions précitées, examinons celles des auteurs qui admettent la possibilité d'une affection des sinus ethmoïdaux, frontaux et maxillaires suite d'ozène vrai.

B. Douglass, cité par Harris, exprime l'opinion que la rhinite atrophique ne dépend pas primitivement d'une sinusite, car celle-ci est d'ordinaire secondaire à l'affection nasale.

Deumier (1) admet la possibilité de la propagation de l'ozène à la muqueuse des sinus, comme cela se passe dans toutes les affections aiguës ou chroniques du nez.

Les sinus frontaux seraient rarement atteints et Krause a trouvé dans deux autopsies, la muqueuse extrêmement mince et légèrement infiltrée de cellules graisseuses.

Dans l'étude plus spéciale que nous ferons des complications du côté du sinus maxillaire, nous citerons l'opinion de Deumier sur cette affection.

(1) *Deumier*. — Thèse de Paris 1889. De la rhinite atrophique et de l'ozène.

Les D^{rs} Oquendo (1) et Guilpin (2), dans leurs thèses consacrées à l'ozène font mention des complications sinusiennes et reconnaissent leur rareté ; telle est d'ailleurs la conclusion de l'article du D^r Castex sur l'ozène dans le traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet : « Les sinusites diverses considérées autrefois comme cause d'ozène n'en sont qu'une complication assez rare. »

Occupons-nous maintenant d'une façon plus particulière des complications du côté du sinus maxillaire. Deumier considère l'empyème du sinus maxillaire dans l'ozène comme une complication rare, complication même, qui d'après Michel ne se rencontrerait jamais.

Moure au contraire, dit que cette complication est loin d'être rare et a même souvent trouvé les deux cavités atteintes.

Nous citons Moure (3) : « L'épanchement dû à la rhinite, écrit le D^r Potiquet, est plus communément séro-muqueux, celui d'origine dentaire ou alvéolaire est presque fatalement purulent ». « Sans préjuger de cette différence étiologique qui a du vrai, continue Moure, nous ne retenons pour l'instant que la différence capitale existant pour les deux écoulements; l'un séro-muqueux et l'autre purulent. Le

(1) *Oquendo*. — Thèse de Paris 1898. Contribution à l'étude de l'ozène.

(2) *Guilpin*. — Thèse Paris 1895.

(3) *Moure*. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales.

premier seul constitue, à notre sens, le catarrhe chronique simple du sinus, catarrhe analogue à celui des fosses nasales dont il est la complication habituelle. L'origine presque exclusivement nasale de cette inflammation nous semble hors de doute, car elle est fréquente dans le coryza chronique simple, dans le coryza purulent des adolescents de dix à quinze ans, et dans la *rhinite atrophique* ».

A noter comme symptôme curieux dans l'ozène, la sensation d'obstruction nasale qu'éprouve le malade, bien que ses fosses nasales soient plus ou moins élargies. Moure ne fait allusion qu'au catarrhe chronique simple du sinus maxillaire. L'ozène cependant paraît devoir entrer dans l'étiologie de certains empyèmes de cette cavité. Bousquet (1), dans une étude sur les abcès développés dans le sinus maxillaire, montre que par l'orifice de communication de ce sinus avec les fosses nasales, les différentes maladies de ces fosses nasales « trouveront une voie sûre et directe pour gagner la muqueuse des sinus. L'ozène et les différentes affections ulcéreuses des fosses nasales pourront aussi par ce même orifice gagner la cavité du maxillaire supérieur et y produire des ravages plus ou moins graves ». Nous rapportons une observation d'empyème de l'antre d'Higmore avec ozène, cas dans lequel cette dernière affection paraît avoir agi comme cause déterminante (Obs. XXII).

Concluons en terminant cet article, que si la

(1) *Bousquet*. — Thèse Paris, 1876.

question des rapports entre les affections des divers sinus et de l'ozène est encore pleine d'obscurité, l'infection des cavités accessoires n'a cependant rien qui doive surprendre. La surface oculaire¹ n'est pas à l'abri de l'envahissement microbien et cependant ses communications avec la cavité nasale sont loin d'être aussi directes que la communication des sinus avec cette même cavité. Ce qui doit nous étonner, au contraire, c'est la rareté relative de cette complication chez les ozéneux.

Observation XXII (Hunter Mackensie. In Britisch méd. Journ. 9 avril 1892)

Empyème de l'antre d'Higmore avec ozène

G. O'C..., âgée de 23 ans, fut envoyée le 26 mai 1891, par le docteur Miller, de Newhaven. Elle souffrait depuis plus d'un an d'un écoulement purulent et fétide de la narine droite. Chaque matin, le nez contenait des croûtes sèches, et le reste du temps le pus se reformait constamment.

Aucune autre maladie ; dents en mauvais état.

L'examen du nez fait voir une accumulation de pus récent s'étendant de l'extérieur vers l'intérieur jusqu'à la partie moyenne de la fosse nasale et une croûte sèche étendue sur la portion voisine de la cloison. La malade placée sur un lit, les narines renversées en haut et la tête penchée sur le bord du lit, il se produisait un écoulement de pus hors de la narine du côté malade.

Cela se produisait aussi quand, debout, elle penchait la tête un peu en avant. Ni douleur, ni ramollissement, ni gonflement sur la joue droite ; mais il y avait à la région frontale une douleur limitée au côté droit, s'étendant parfois aux deux côtés. Cette céphalée était continue.

L'éclairage électrique donne un peu moins de clarté du côté droit. Les dents de la mâchoire supérieure sont en très mauvais état ; des deux côtés les gencives présentent le même aspect.

2 Juin. — Trois racines de dents sont extraites et l'antre droit est perforé par le docteur Mackensie au niveau de la première molaire : sa cavité fut totalement curettée et lavée avec une solution alcaline chaude ; pas de drain, mais la cavité fut remplie avec de la ouate hydrophile ; l'ouverture fut maintenue à peu près dix jours pendant lesquels on fit des injections suivies de pulvérisations d'acide borique. L'écoulement purulent par le nez cessa, mais restaient les croûtes fétides et sèches qui continuaient à se former et à s'effriter ensuite tous les jours. Dans ces conditions, un deuxième traitement fut nécessaire et on dut le prolonger. Injections de liquide caustique et en dernier lieu usage de coton hydrophile employés avec succès, sans aucune autre médication. Les croûtes, au bout d'un certain temps, cessèrent de se former et l'odeur désagréable disparut. (Traduit de l'anglais).



Article III

Complications auriculaires et mastoïdiennes

Lorsque l'ozène, par le processus envahissant qui est un de ses caractères principaux, atteint la portion postérieure des fosses nasales et le rhino-pharynx, l'orifice des trompes se trouve par rapport à cette affection dans la même situation que l'orifice des sinus dans la cavité nasale elle-même. Dès lors l'appareil auditif est fortement menacé et la lésion auriculaire revêt les formes les plus diverses. Otite moyenne catarrhale, otite moyenne suppurée aiguë ou chronique, otite moyenne hyperplastique, telles sont les trois grandes variétés d'affections auriculaires que peut déterminer l'ozène.

Certains auteurs regardent comme très rares les complications auriculaires. Juratz et Michel ne comptant que les affections accompagnées de catarrhe tubaire et d'otite moyenne avec ou sans perforation, donnent une moyenne de 8 o/o.

Lœwenberg (1), dans son étude sur l'ozène, dit n'avoir constaté les affections auriculaires que dans 1/20 des cas d'ozène « et encore, ajoute-t-il, peut-on

(1) Lœwenberg loc citato.

contester le rapport causal qui existe entre ces deux groupes de maladies.

Wyss (1), de Genève, a fait une étude approfondie des complications auriculaires de l'ozène. Nous lui empruntons largement. L'auteur a observé dans ce sens, 60 cas d'ozène et donne les chiffres suivants :

Ozène sans symptômes ni lésions auriculaires appréciables, 13 cas ;

Ozène avec lésions auriculaires sans surdité, 32 cas ;

Ozène avec lésions auriculaires et surdité, 15 cas ;

Ce qui donne une proportion de 78,3 o/o.

20 fois l'affection auriculaire était d'un seul côté :
or. dr. = 15 fois ; or. g. = 5 fois

Les deux oreilles atteintes 18 fois.

Dans un cas la lésion ozéneuse existait d'un seul côté du nez, l'oreille malade appartenait au même côté. 8 fois, il y eut lésion de l'oreille interne, mais l'auteur rattache ces cas à la syphilis, la tuberculose ou une maladie infectieuse.

D'après Wyss, les complications auriculaires se rencontreraient avec le plus de fréquence entre dix et trente ans.

Les chiffres donnés par Zaufal (2) dépassent les précédents, et la proportion s'élève à 80 o/o.

Frappé par la dissidence des chiffres donnés par Juratz et Michel d'une part, par Zaufal d'autre part,

(1) Wyss, A. S. Thèse de Berne, 1896. Étude clinique des complications auriculaires de l'ozène.

(2) Zaufal. — Ueber d. allgem. Verwendbarkeit d. Kalten Drahtselings, 1878.

Worf reprend cette étude à propos de 80 cas d'ozène observés à la clinique otologique de Bâle (52 femmes, 28 hommes) en 1891, et donne une proportion de 6 o/o.

Dans sa thèse, déjà citée, Guilpin dit avoir trouvé 19 malades se plaignant de l'oreille sur 136 ozéneux soignés à la Clinique de M. le Dr Dumont.

Nous ne voulons pas prolonger davantage cette statistique. Sans pouvoir fournir des chiffres personnels nous pouvons affirmer avoir fréquemment constaté chez les ozéneux la surdité progressive dite de sclérose ; nous apportons en outre 6 observations d'affections diverses de l'oreille dans lesquelles l'ozène nous a paru avoir joué un rôle étiologique prépondérant.

Les malades de nos observations étaient atteints d'ozène vrai et nous avons écarté rigoureusement tout ozéneux suspect de syphilis. Quant à l'origine de la complication auriculaire qu'ils présentaient nous nous sommes assuré qu'aucune maladie infectieuse antérieure, aucune irrigation nasale mal faite ne pouvaient être incriminées comme cause de la lésion.

Etudions maintenant le mécanisme par lequel l'ozène peut produire des complications auriculaires.

L'oreille par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache peut être atteinte de deux manières :

1) du fait même de l'élargissement des fosses nasales.

2) par l'infection microbienne.

I. — A la suite de l'atrophie plus ou moins

avancée des cornets inférieurs, l'orifice de la trompe dont nous avons vu la disposition, est exposé plus directement au courant d'air respiratoire. Les fosses nasales chez l'ozéneux sont desséchées et dépourvues de ces aspérités formées par la disposition normale des cornets. L'air extérieur arrivant sous un volume plus considérable au moment de l'inspiration n'est plus suffisamment chauffé et ne se trouve plus dans les conditions qui à l'état normal le réchauffent, l'humidifient et le débarrassent des substances étrangères qui y sont mélangées. L'air inspiré entre en contact avec l'orifice tubaire ainsi exposé, détermine l'irritation de ses parois et consécutivement celle de la cavité tympanique (Zaufal). A plus forte raison cette action irritante se fait-elle sentir par un contact plus intime, si nous songeons qu'une partie de cet air, faible, il est vrai, doit pénétrer jusque dans l'intérieur de la caisse pour y maintenir l'équilibre de la pression intra-tympanique.

II. — A ne considérer que la seule action mécanique de l'air inspiré, cette action serait à elle seule suffisante pour expliquer certains troubles observés du côté de l'oreille, tels que bourdonnements, surdité légère dont se plaignent si souvent les malades atteints d'ozène. Mais cet air venu de l'extérieur, chargé de micro-organismes divers, recueillant encore dans son passage à travers les fosses nasales de l'ozéneux les microbes qui y pullulent, n'est-il pas au premier chef un agent d'infection considérable ? Les graves complications, les suppurations observées du côté de

l'oreille moyenne ne peuvent admettre une autre origine.

Les fosses nasales ozéneuses, nous l'avons démontré d'après les données de Greliche, ne constituent plus comme les fosses nasales normales, cette barrière de protection qui arrête les microbes dans les conditions ordinaires et défend l'organisme contre leur envahissement : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques et diplocoques de Lœwenberg ou Friedländer, pourront impunément franchir les fosses nasales où ils auront déjà trouvé un terrain de culture favorable, faire irruption dans l'oreille moyenne et y occasionner les graves lésions dont nous avons déjà noté la fréquence.

Nous ne prétendons pas que le bacille décrit par Lœwenberg et considéré par cet auteur comme spécifique de l'ozène (nous avons fait remarquer ailleurs que cette spécificité n'était rien moins que certaine) soit fatalement l'unique agent d'infection de l'oreille ; ce bacille peut être et est souvent même associé aux divers microbes de la suppuration. Bien plus, nous citons une observation (Obs. XXIII) d'ozène vrai compliquée d'otite moyenne aiguë, purulente à *streptocoques*, accompagnés de rares staphylocoques ; aucun bacille de Lœwenberg ou de Friedländer. L'infection auriculaire ne pouvait avoir d'autre cause que l'ozène. La malade, l'observation fournie la prouve, n'avait jamais eu d'affection d'oreille ; aucune cause d'infection à l'époque où elle s'est présentée à nous, n'a pu être relevée. Ni le mouchage, ni des injections nasales

mal faites ne pouvaient être incriminées. Si l'ozène peut occasionner les suppurations de l'oreille moyenne, à plus forte raison peut-il réveiller une ancienne affection de cet organe. Gréliche (th. Paris, 1894, déjà citée) donne une observation à l'appui de ce fait : (Obs. XXIV).

Nous joignons à cette observation un cas personnel, (Obs. XXV) où les poussées d'otite présentent cette particularité de coïncider avec des recrudescences d'un ozène très ancien.

Les cas d'affection de l'oreille moyenne compliquant l'ozène sont d'après la remarque de Wyss, surtout des catarrhes subaigus ou chroniques à forme humide ; plus rare est la forme sèche, Deumier (déjà cité, th. de Paris), donne l'observation d'un cas de catarrhe sec de l'oreille moyenne, chez une jeune fille atteinte d'ozène.

OBSERVATIONS

Observation XXIII (1) (Consultations d'Otologie de l'hôpital Saint-Joseph. Service de M. le docteur Châtellier. *Personnelle*).

Ozène vrai, avec complication d'otite moyenne aiguë purulente, à streptocoques.

Madame M..., se présente à la consultation le 14 décembre 1898 (n° 4169 du registre). Elle se plaint de vives

(1) Nous devons à l'obligeance de M. P. Viollet, interne du

douleurs ou niveau de l'oreille droite. Le début de ces douleurs remonte au 10 décembre.

Examen des organes. — Du côté de l'oreille droite démontre la présence d'un sac d'exudat en dedans de la membrane tympanique, dans l'intérieur de la caisse.

A l'examen rhinoscopique antérieur : élargissement considérable des fosses nasales. Cornets inférieurs droit et gauche complètement atrophies. Toutefois les cornets moyens paraissent légèrement hypertrophiés.

De nombreuses croûtes siègent sur la cloison et au niveau des cornets inférieurs. Odeur caractéristique de l'ozène. Anosmie complète.

D'après la malade, l'ozène remonterait à l'âge de 12 ans. Depuis quelques années, elle soignait son ozène au moyen de douches nasales d'eau salée tiède additionnée d'acide borique (une cuill. à café d'acide borique et de sel de cuisine pour 1/2 litre d'eau). Habitée à ces lavages, jamais elle n'avait mis de violence, ni donné de fausse direction à la canule de l'appareil.

La malade ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'être noté. Pendant les quelques jours qui ont précédé les douleurs d'oreille, aucun rhume, aucune grippe n'est à relever. Pas de mouchage violent, aucun manquement aux règles ordinairement prescrites pour les lavages du nez.

L'oreille malade ne présente aucune trace d'un écoulement antérieur.

Le jour même, M. le docteur Châtellier pratique la paracentèse de la membrane du tympan, après s'être entouré de toutes les précautions nécessaires pour assurer l'asepsie de l'organe malade et des instruments. La paracentèse donne lieu à un écoulement de sérosité que l'on recueille et qui est examiné par M. le docteur Meslay.

service, la partie bactériologique de cette observation, des observations XXVIII et XXIX.

Le contrôle des cultures et des préparations a été fait par M. le docteur Meslay, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph.

Le 16 décembre, nouvelle prise de liquide qui est devenu purulent.

La malade qui reçoit pour son oreille les soins nécessaires, n'a pas cessé les douches nasales.

Le 18 décembre, M. Viollet fait une prise de muco-pus et de croûtes au niveau de la narine droite : portion moyenne du cornet moyen et cloison.

La prise est effectuée au moyen d'un double spéculum : *spéculum nasi* protégeant la paroi du vestibule, dans lequel est introduit un *spéculum auris* parfaitement stérilisé et par le conduit duquel passe la tige de platine également rendue stérile pour recueillir le mucus et la portion de croûtes à examiner.

La malade se présente tous les deux jours à l'examen. La perforation artificielle du tympan, longue de 2 millim., siège dans la partie postérieure de la membrane.

Le 21 décembre, l'écoulement d'oreille est encore assez abondant. La perforation tend fortement à se cicatriser. Le nez est relativement propre : encore 2 ou 3 croûtes très adhérentes sur les cornets moyens et inférieurs.

La malade fait 2 lavages du nez par jour.

2 janvier 1899. — L'oreille ne coule plus. La perforation n'est pas encore fermée. Les lavages du nez sont soigneusement faits jusqu'à trois fois par jour. — Revue peu de temps après, la perforation est complètement cicatrisée.

La malade cesse de se présenter à la consultation.

Examen bactériologique. — De l'examen de la sérosité recueillie aseptiquement dans le conduit immédiatement après la paracentèse du tympan, M. le Dr Meslay conclut à la présence de streptocoques à l'état de cultures presque pures avec mélange d'une petite quantité de staphylocoques : pas de traces de bacilles de Friedländer ou de pneumocoque.

L'examen du nez pratiqué par M. Viollet révèle à côté du streptocoque et du staphylocoque les parasites habituels des fosses nasales ozéneuses, entre autres le soi-disant bacille spécifique de Lœwenberg et le bacille diphtérique, ana-

logue au bacille trouvé constamment dans 25 cas par Attilio.

Observation XXIV (In thèse de Greliche,
Paris, 1894)

Complication auriculaire de l'ozène s'étant manifestée par une poussée aiguë sur un état ancien (obs. XXI).

M. P..., 24 ans, cultivatrice. Bonne constitution, bien réglée ; n'a jamais eu aucune maladie grave. Depuis 7 à 8 ans est sujette au rhume de cerveau. Depuis 4 ans, coryza est passé à l'état chronique. Elle mouche des croûtes ayant une grande fétidité ; elle ne sent pas les odeurs. Il y a deux ans, elle a eu une maladie d'oreille (côté gauche) ; elle a eu pendant deux ou trois jours des douleurs violentes et quelques bourdonnements, puis son oreille s'est mise à couler et cet écoulement a duré pendant deux mois environ. Après cela elle a remarqué qu'elle entendait moins bien de l'oreille gauche.

Etat actuel. — Le 9 décembre 1893, elle se présente à la clinique accusant de nouveau quelques douleurs d'oreille toujours à gauche, depuis 4 ou 5 jours ; la veille l'écoulement a réapparu.

A l'examen rhinoscopique, les fosses nasales apparaissent très élargies et recouvertes de mucosités fétides. L'examen de l'oreille gauche fait découvrir une perforation audessous de l'ombilic, à bords un peu enflammés. Les osselets semblent intacts. L'acuité auditive est diminuée à gauche.

Traitement. — Révulsion sur l'apophyse mastoïde. Injections dans l'oreille avec chlorate et borate de soude. Irrigations rétro-pharyngiennes. Le 19 décembre 1893, l'écoulement s'arrête.

Observation XXV (Consultations d'Otologie de l'hôpital Saint-Joseph. Service de M. le docteur Chatellier. *Personnelle*).

Poussées d'otite revenant avec des recrudescences d'un
ozène ancien

Léontine F..., 34 ans, femme de ménage (n° 4171 du registre). Ozène depuis la première enfance ; croûtes situées très haut dans le naso-pharynx et au niveau des fentes ethmoïdales.

Destruction des membranes du tympan à droite et à gauche.

Chez cette malade l'ozène subit des recrudescences à certaines époques : augmentation des croûtes, fétidité plus grande. Chaque fois, poussée d'otite. La malade fait des lavages d'une façon intermittente. Elle a habituellement des maux de tête, qui disparaissent quand elle suit le traitement.

A côté de ces observations dans lesquelles nous voyons l'ozène avoir sur l'oreille moyenne un certain retentissement, nous avons observé dans plusieurs cas la propagation de l'infection de l'oreille moyenne à l'apophyse mastoïde. A cela rien de surprenant et nous ne faisons de ces cas une mention particulière que pour faire ressortir par une gradation progressive les graves désordres dont l'ozène peut être le point de départ.

L'observation XXVI nous montre un ozène très ancien avec otite moyenne subaiguë et ostéite mastoïdienne.

Dans l'observation XXVII, une otite moyenne gauche suppurée occasionne une mastoïdite suppurée du même côté. Il s'agit dans ces deux cas de malades atteintes d'ozène vrai manifeste et chez lesquelles aucune maladie infectieuse ayant précédé la lésion mastoïdienne, aucun traumatisme antérieur à cette lésion ne pouvait avoir agi comme cause déterminante.

L'observation XXVIII est celle d'une malade ozéneuse, chez laquelle une otite moyenne suppurée datant de 4 mois s'est compliquée de mastoïdite et d'abcès sous-dural. Chez cette malade, aucune cause ne peut être invoquée en dehors d'un ozène très prononcé pour expliquer l'affection grave qu'elle présentait.

Dans les trois observations énumérées jusqu'à présent, nous avons vu l'affection mastoïdienne coexister avec l'otite moyenne suppurée.

Mais dans les deux cas suivants par l'examen desquels nous terminerons cet article, nous nous sommes efforcé de mettre en relief un fait qui nous a paru intéressant : le retentissement sur l'apophyse mastoïde seule sans lésion sensible de l'oreille moyenne.

L'observation XXIX, en effet, est celle d'une malade atteinte d'adénite mastoïdienne et chez laquelle existe un ozène bilatéral. L'affection paramastoïdienne se manifeste par des symptômes assez bruyants, tandis que du côté de l'oreille moyenne, on ne relève aucune lésion si ce n'est une légère hyperhémie de la membrane du tympan du même côté.

Greliche (Th. de Paris, 1894) cite un cas analogue. Dans l'observation de Greliche (Obs. XXX), il s'agit d'une mastoïdite se développant avec une intégrité presque totale de la caisse. Le sujet est atteint d'ozène.

L'examen de ces deux cas nous a amené à établir un rapprochement entre les faits présentés et ce qui se passe du côté de l'appareil de la vision. Ne peut-on pas en effet considérer la trompe d'Eustache et la caisse du tympan par rapport à la cavité mastoïdienne comme offrant une grande analogie avec l'appareil lacrymo-nasal et les surfaces conjonctivale et cornéenne : même suite de canaux et de diverticules ayant leur orifice initial en contact avec la région envahie par l'ozène.

Or si nous avons vu des complications survenir du côté de la conjonctive et de la cornée sans affection apparente des voies lacrymales, il nous paraît bien juste d'admettre un processus identique pour l'apophyse mastoïde, pour les ganglions lymphatiques et les divers tissus environnant cette région. L'agent microbien qui a produit sur la conjonctive et sur la cornée principalement les graves désordres que nous avons remarqués et cela sans faire sentir son passage à travers les voies lacrymales, pourra se comporter de même au niveau de la région mastoïdienne. L'oreille moyenne dans les cas que nous relatons n'a pas été à vrai dire absolument épargnée, mais c'est au niveau de la région mastoïdienne seule que les microorganismes ont manifesté toute leur

virulence et produit les dégâts plus ou moins graves qui ont nécessité une rapide intervention.

Observation XXVI. — (Consultations d'otologie de l'hôpital Saint-Joseph. Service de M. le Dr Chatellier). — *Personnelle.*

Ozène très ancien avec otite moyenne subaiguë et ostéite mastoïdienne.

Anna R..., 34 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Rien qui mérite d'être noté. Aucune trace de syphilis.

Antécédents personnels. — La malade n'a fait aucune maladie dans sa première jeunesse. On ne trouve chez elle aucune trace de syphilis acquise. Vers l'âge de 11 ans, on fait remarquer à la malade la fétidité qui s'exhale du nez. Depuis cette époque aussi, il y a de la dyspepsie, des nausées, des maux de tête.

A la suite d'un lavage d'estomac, une légère amélioration se produit dans les fonctions digestives.

Vers le 8 octobre, la malade est prise de douleurs au niveau de l'oreille gauche; l'ouïe s'affaiblit considérablement à gauche. On constate à cette époque une ostéite moyenne sans perforation.

Cinq semaines après, douleur à la région mastoïdienne gauche. On prescrit des pointes de feu. La douleur ne cédant pas, on opère le 15 novembre; apophyse mastoïde molle; pas de pus, pas de fongosités.

Aux divers pansements consécutifs, la plaie opératoire apparaissait sèche, sans écoulement purulent aucun.

L'examen rhinoscopique antérieur avait montré les deux fosses nasales très larges avec atrophie des cornets inférieurs permettant de voir facilement le pharynx. A gauche le cornet inférieur paraît cependant moins atrophie. Eperon de la cloison du même côté, peu accentué.

Croûtes nombreuses, grisâtres et épaisses.

Le nez est affaissé.

L'état général de la malade est peu satisfaisant : elle est considérablement anémiée.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade est soumise à un traitement rigoureux du côté de son ozène. Des douches nasales abondantes et répétées assurent l'asepsie du côté des fosses nasales.

La plaie opératoire guérit rapidement.

La malade, revue en janvier 1899, ne souffre plus de son oreille, ni du côté de son apophyse mastoïde. Le nez est dans un état assez satisfaisant.

Observation XXVII (Hôpital Saint-Joseph).

Personnelle

Ozène avec complication d'otite moyenne gauche
suppurée et mastoïdite gauche suppurée.

Jeanne G..., 14 ans (n° 4,138 du registre).

Le 30 novembre 1898, la malade se présente à la consultation. Elle se plaint d'avoir eu un écoulement d'oreille du côté gauche ayant débuté, il y a trois mois, à la suite d'une angine. L'écoulement a cessé, mais au niveau de l'apophyse mastoïde gauche est apparue une grosseur du volume d'un œuf de pigeon, très douloureuse à la pression avec irradiations douloureuses à la région cervicale et à la région scapulaire du même côté.

Au bout de trois ou quatre jours, la tuméfaction diminue, mais la région est toujours douloureuse. Aucun antécédent héréditaire.

La malade ne se souvient pas d'avoir contracté aucune affection dans son enfance. Ecoulement d'oreille gauche à 3 ans, consécutif à une scarlatine. Vers l'âge de 7 ou 8 ans, rougeole. Vers l'âge de 12 ans, laryngite aiguë ; durée de quinze jours.

La malade raconte qu'au mois de juin 1898, elle reçoit en faisant un saut sous une porte peu élevée, un choc au sommet de la tête; elle retombe à terre, mais ne perd pas connaissance.

En octobre 1898, angine catarrhale peu intense d'une durée de 3 ou 4 jours.

Examen des organes. — Oreille gauche: perforation de la membrane du tympan avec écoulement purulent peu abondant.

Examen rhinoscopique: atrophie des cornets inférieurs droit et gauche. Sur la cloison, à droite, au niveau des cornets inférieur et moyen à gauche, sont disséminées des croûtes verdâtres, épaisses et adhérentes. La fosse nasale gauche est beaucoup plus large que la fosse nasale droite. La muqueuse du pharynx est sèche et luisante. Les amygdales sont normales. La malade dit s'être toujours sentie gênée du nez. Elle mouche fréquemment et a toujours mouché des croûtes verdâtres et épaisses. Anosmie complète. Son entourage lui fait remarquer qu'elle sent mauvais du nez.

Le 2 décembre, entrée à l'hôpital. Opération le 3 décembre: simple trépanation de la paroi externe de la mastoïde; on constate la présence du pus. Lavage et drainage à la gaze iodoformée.

Au moment du réveil, la malade mouche deux énormes amas de croûtes ozéneuses formant tampon dans chaque fosse nasale.

Les jours suivants: pas de réaction fébrile.

Douches nasales quotidiennes. Pansement renouvelé deux fois, puis une seule fois par semaine.

Le 23 décembre, la cicatrisation est avancée.

L'écoulement muco purulent peu abondant.

La plaie opératoire est en bonne voie de guérison.

Observation XXVIII (Hôpital Saint-Joseph.
Service de M. le docteur Châtellier. *Personnelle*).

Abcès sous-dural consécutif à une mastoïdite d'origine
ozéneuse.

Madame Henriette D..., 39 ans, sans profession, se présente à la consultation le 8 mars 1899 (n° 4559 du registre).

La malade est atteinte d'une otite moyenne suppurée droite remontant à 1 mois. Sept à huit ans auparavant la même oreille avait déjà suppuré.

À l'examen rhinoscopique, symptômes d'ozène vrai : atrophie complète des cornets inférieurs et moyens ; croûtes, fétidité et anosmie. Pharyngite sèche.

Depuis 5 mois, la malade n'a fait aucun lavage du nez.

On conseille les douches nasales d'une façon régulière.

Le malade se présente de nouveau le 13 mars.

Dans la nuit du 10 au 11 l'écoulement d'oreille a diminué, mais dès le 11 mars, au soir, est apparu un œdème des paupières. Le 12, au soir, œdème en arrière du pavillon de l'oreille droite. L'écoulement a reparu le 13 dès le matin.

Le pus écoulé dans le conduit est épais, jaunâtre.

Il y a une chute de la paroi postérieure de ce conduit, en obstruant la lumière.

L'œdème palpébral est plus considérable à droite.

Rougeur assez marquée en arrière du pavillon de l'oreille droite ; apophyse mastoïde très sensible. Pas d'adénite. Trismus de la mâchoire inférieure.

Il n'y a pas de lésions du côté de l'œil : acuité visuelle normale ; pas de dilatation veineuse.

Rien du côté du sinus ; éclairage des sinus frontaux et maxillaires négatif : pupilles également éclairées. La malade n'a fait aucune maladie antérieure. Bien que dirigeant mal la canule de l'appareil à douches nasales, jamais elle n'a ressenti aucune douleur soit au moment de l'injection, soit après.

Le même jour, 13 mars, M. le Dr Châtellier incise le point bombant dans le conduit au niveau de la face postérieure. Le pus sort lorsqu'on appuie sur l'apophyse mastoïde et se vide par l'incision.

Opération le 14 mars. — Incision des téguments : flot

de pus qui s'écoule à l'ouverture. L'introduction d'un stylet permet de reconnaître un orifice osseux, spontané, arrondi, situé en arrière dans la mastoïde, mesurant 2 à 3 millimètres de diamètre : au fond, bat la dure-mère.

D'autre part, la table interne de la mastoïde fait presque complètement défaut. A la partie supérieure, la dure-mère bat dans le fond de la brèche ; plus bas, le fond, quoique membraneux, ne bat plus.

Un point osseux demeure entre la portion manquante de la table interne et la fistule rétro-mastoïdienne : un stylet introduit sous cette portion osseuse ressort par la fistule ; le pont osseux est enlevé et la région trépanée ne forme plus dès lors avec la fistule qu'une seule brèche dont le fond est constitué par la dure-mère et le sinus.

19 mars. — L'œdème palpébral, qui avait déjà diminué le jour de l'opération par suite sans doute de l'incision, a presque totalement disparu. Persistance du trismus.

20 mars. — Trismus diminué. 1^{er} pansement. La plaie opératoire se présente sous une bonne apparence ; les mèche de gaze antiseptique sont à peine imbibées.

La malade continue les douches nasales.

L'état de la plaie s'améliore les jours suivants.

Vers le commencement de mai, le trismus a complètement disparu.

14 mai. — Tympan complètement réparé. La plaie rétro-auriculaire presque comblée.

Les lavages du nez seront continués indéfiniment.

Examen bactériologique. — Le pus prélevé après l'incision estensemencé et cultivé sur bouillon. Des cultures du bacille de Friedländer (alias Lœwenberg), apparaissent. Le réensemencement sur gélose permet de vérifier la pureté de ces cultures.

Sur gélatine on obtient des cultures typiques en clou. Le lait malgré des ensemencements réitérés n'a pas coagulé.

Inoculation à la souris de 1/2 c. c. de culture sur bouillon. Mort en 24 heures. L'inoculation avait été faite dans le péritoine.

L'examen bactériologique des croûtes ozéneuses du nez n'a pas été fait. Mais il est presque certain que le bacille de Friedländer mis en évidence dans l'abcès mastoïdien devait se trouver aussi au niveau des fosses nasales.

Observation XXIX (Service de M. le Docteur Châtelier, Hôpital Saint-Joseph). *Personnelle*

Ozène avec adénite mastoïdienne suppurée
et intégrité de l'oreille moyenne.

Adèle M..., 36 ans, sans profession vient consulter le 21 décembre 1898 (n° 4210 du Registre).

La malade se plaint de vives douleurs localisées surtout au niveau de l'apophyse mastoïde droite, avec irradiations vers l'oreille du même côté.

Depuis 3 semaines, insomnie.

Appétit conservé : pas de fièvre.

La pression au niveau de la région malade est douloureuse, surtout vers la partie antéro externe de l'apophyse. La douleur procède par accès, à différents moments de la journée.

La région mastoïdienne est gonflée ; il y a de l'engorgement des ganglions sous maxillaires droits. La région sous orbitaire, à droite est douloureuse, surtout à la pression.

Le malade a des céphalées fréquentes, existant d'ailleurs depuis longtemps. Parfois, des vertiges, des éblouissements, des mouches volantes devant les yeux.

Examen des oryanes. — Du côté des oreilles, l'examen de l'audition donne : diapason au vertex mieux entendu à droite. — Montre à 0 m. 05 ctm. à droite ; 0 m. 50 ctm. à gauche.

Membrane du tympan normale. Cependant légère hyperhémie à droite.

A l'examen rhinoscopique antérieur, les fosses nasales

apparaissent larges. Du côté droit : cornet inférieur atrophié ; cornet moyen normal. Même aspect à gauche.

Des deux côtés : croûtes adhérentes et épaisses.

Déviation prononcée de la cloison à droite.

Le pharynx présente un aspect lisse, desséché, avec sur la région médiane un revêtement croûteux, parcheminé et d'apparence jaune cuivré. Par une direction convenable du miroir rhinoscopique, l'examen rhinoscopique postérieur fait voir cette apparence croûteuse du larynx en remontant vers le cavum pharyngien.

L'éclairage des sinus est à peu près égal des deux côtés.

Cependant la région malaire n'est pas très claire ; les pupilles ne sont pas éclairées. Il ne semble pas toutefois y avoir de sinusite.

L'état des dents est assez satisfaisant. Carie de la 2^e molaire droite supérieure.

Jamais la malade n'a mouché de pus.

Depuis l'enfance a mouché des croûtes verdâtres, épaisses.

Anosmie complète.

Quelques instants avant l'examen la malade ayant pris une douche nasale, nous n'avons pu constater aucune fétidité marquée.

Antécédents. — Du côté des parents, on ne relève rien d'intéressant. Aucune trace de syphilis.

Père et frère ont perdu l'odorat à une époque demeurée indéterminée.

La malade vers l'âge de 12 ans, a été atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu ; endocardite consécutive.

A 24 ans, fièvre typhoïde.

Quelques jours avant de se présenter à l'examen il n'y a eu ni angine, ni grippe, ni rhume, aucune lésion du cuir chevelu pouvant faire attribuer à ces affections l'origine des accidents paramastoïdiens.

Depuis longtemps, la malade soignait son ozène, et pratiquait les douches nasales avec toutes les précautions indispensables.

En prévision d'un écoulement possible de l'oreille droite

et pour calmer la douleur, on prescrit des instillations avec la mixture suivante :

{	Glycérine neutre.....	{	ee.
	Liqueur Van Swieten.		
{	Laudamun Sydenham; quelques gouttes.		

Douches nasales continuées.

6 Janvier. — Gonflement marqué de toute la région mastoïdienne. Tympan normal à droite.

9 Janvier. — Le gonflement rétro-auriculaire s'accroît. Décollement du pavillon. Pas de chute de la paroi postérieure du conduit. Membrane tympanique rouge, repoussée en dehors comme s'il y avait un exsudat dans la caisse.

On pratique l'incision large des téguments (incision de Wilde) : le périoste tapisse tout le fond de la collection ; pas d'os à nu.

Prise de pus mêlé de sang lors de l'incision.

10 Janvier. — Prise de pus dans la fosse nasale droite et gauche, avec double spéculum, pour éviter le contact du vestibule. Le nez n'a pas été lavé depuis l'opération. Ensemenement.

La malade n'a pas de température. P. : 85.

Douleur légère au niveau de la plaie.

16 Janvier. — Pansement. La plaie a bel aspect. Pas de suppuration. L'état général est bon.

Examen bactériologique. — L'examen du pus retiré aseptiquement au cours de l'opération, révèle par les cultures et les inoculations la présence à l'état de pureté d'un bacille court et trapu, se présentant à l'état d'isolement par groupes de 4 ou 5 en chaînettes courtes, pourvues d'une auréole claire subdivisée dans les frottis faits avec le sang de la rate d'une souris inoculée, en deux portions à peu près égales par une ligne nettement colorée au violet de gentiane. Ce contour sans doute représente une capsule. Le diplobacille garde le Gram. Mélangé au staphylocoque et soumis en même temps que lui au même mode d'investigation (coloré sur la même lame), il se décolore seul.

Les cultures obtenues sur gélose, gélatine, bouillon, pommes de terres ont tous les caractères des cultures du

Friedländer. Il en est de même de l'ensemencement de tubes de lait stérilisé. Le lait a coagulé en 3 jours ; les inoculations à la dose de 1/2 c. c. d'une culture princeps de 48 heures ou d'une culture du même âge provenant du sang du cœur d'une souris morte d'une première inoculation, tuent la souris en 15 ou 20 heures en injections intrapéritonéales ; en 4 jours seulement sous la peau. L'injection du mucus nasal pratiquée dans ce cas nous a révélé la présence du Friedländer en grande abondance dans le nez, associé à un bacille de forme diphtéritique qui n'a pu être isolé à cause de la vivacité plus grande du staphylocoque qui s'y trouvait également. A noter aussi dans la culture initiale du mucus nasal sur bouillon la présence de nombreuses chaînettes qui n'ont pas été identifiées : pneumocoques ou streptocoques.

Observation XXX (In thèse de Greliche.
Paris, 1894).

Mastôidite se développant avec intégrité presque complète de la caisse. Cas d'ozène (Obs. XXIV).

Albert P..., 39 ans, ajusteur.

À P. Fièvre typhoïde à 9 ans. Acuité auditive toujours un peu diminuée ; quelques sifflements ; étant jeune a travaillé dans la chaudronnerie.

Il y a 20 ans ozène nettement caractérisé. Déviation de la cloison à gauche qui semble toujours avoir existé. Pas d'autre maladie.

Début — Le 21 septembre 1893, il ressent de vives douleurs au niveau de l'oreille du côté droit, qui s'aggravent et se compliquent la fièvre et de surexcitation nerveuse. Il prend un bain de vapeur ; les phénomènes s'aggravent. Le 15 septembre, il vient à la clinique se plaignant de douleurs excessivement violentes dans l'oreille et un peu en arrière du côté droit. Le sommeil est impossible. Il a des étourdissements. A l'examen rhinoscopique, on

constate une déviation très accentuée de la cloison à gauche. La narine gauche est réduite à une simple fente par laquelle le passage de l'air est impossible. Narine droite largement béante ; la muqueuse est atrophiée, ainsi que le cornet inférieur ; nombreuses croûtes à odeur infecte. Anosmie.

Oreille. — Pavillon normal, semble un peu rapproché de la surface crânienne. Cela tient à ce que la région mastoïdienne est le siège d'un gonflement assez appréciable. La peau est rouge, lisse ; la région est très douloureuse ; pas de fluctuation.

L'examen de l'oreille moyenne ne permet de découvrir que des lésions très minimes ; le tympan est intact, un peu rouge et un peu dépoli ; il n'y a pas de pus dans la caisse. L'acuité auditive est peu diminuée.

Le 26, trépanation de l'apophyse mastoïde par M. Rattel et M. Walther. Lavages et désinfection rigoureuse. On retarde toutefois un peu le travail de cicatrisation pour laisser aux accidents le temps de disparaître. Le malade revu souvent depuis ne souffre plus de son oreille. Il vient à la clinique se faire soigner pour son nez et faire redresser sa cloison.



Article IV

Complications du côté du larynx et des voies respiratoires.

L'ozène peut occasionner au niveau des voies respiratoires certaines affections dont les unes se limitent au larynx seul, les autres uniquement à la trachée. Nous verrons que la maladie nasale peut avoir une influence fâcheuse sur les voies respiratoires en général.

A. — Le larynx par sa position anatomique est situé dans les conditions les plus favorables pour recevoir les mucosités et les croûtes desséchées qui se détachant de la portion postérieure des fosses nasales ou du rhino-pharynx, tombent dans l'entonnoir aryténo-épiglottique. A côté de cette première cause d'irritation mécanique, peut prendre place une autre cause : l'irritation de la muqueuse par le courant d'air de l'inspiration, courant d'air froid et plus ou moins desséché, grâce à l'élargissement et au degré de sécheresse des fosses nasales. Cette irritation du larynx n'est pas constante et suppose d'ailleurs un ozène bien constitué ; mais elle est cependant assez fréquente.

P. Tissier (1) admet que le larynx est touché

(1) *P. Tissier.* — Annales des maladies de l'oreille, Octobre 1891.

dans 1/3 des cas : « Les lésions rencontrées au niveau du larynx dit-il, sont celles de la laryngite chronique superficielle ou avec lésions pachydermiques. On peut souvent trouver dans sa cavité des mucosités plus ou moins adhérentes. »

Wyss (thèse de Berne) a rencontré aussi très souvent la laryngite catarrhale aiguë ou chronique plus ou moins intense et noté un épaissement de la muqueuse interaryténoïdienne, recouverte d'une traînée de sécrétion. Nous rapportons, (obs. XXXI) un cas de laryngite chronique entretenue par un ozène très ancien où le traitement du nez avait la plus heureuse influence sur l'état du larynx, une poussée nouvelle se produisant du côté de cet organe chaque fois que la malade négligeait le traitement nasal.

Dans cet exposé des complications laryngées de l'ozène nous n'avons pas fait jusqu'ici remarquer la stagnation des croûtes au niveau des aryténoïdes ou des cordes vocales. Dans cette étude, en effet, nous devons envisager le larynx au niveau de ses deux portions sus et sous-glottiques.

Au niveau de la portion sus-glottique du larynx, les lésions déterminées par l'ozène, nous l'avons vu, sont des lésions d'inflammation banale due à l'irritation mécanique. Contrairement à ce que nous verrons se passer au niveau de la région sous-glottique, les croûtes ozéneuses ne peuvent séjourner longtemps dans l'infundibulum aryténo-épiglottique et le moindre effort de toux suffit à les rejeter soit à l'extérieur, soit dans le conduit œsophagien. Une

observation (obs. XXXII) que nous empruntons à la thèse de Greliche en est un exemple frappant.

Mais il n'en sera plus de même si les croûtes ozéneuses franchissant la glotte, s'accumulent dans la portion sous-glottique. Dans ce cas l'affection se révèle par des symptômes tout spéciaux que le P^r Strübing (1) (de Greifswald) a fort bien décrits.

Cette stagnation plus ou moins prolongée des croûtes entretient l'inflammation sur laquelle vient se greffer l'infection produite par les microorganismes les plus divers que les croûtes entraînent avec elles.

Le P^r Strübing semble même admettre dans ce cas une sorte d'inoculation de l'ozène au niveau de la muqueuse laryngée. Nous ne tarderons pas à faire l'étude de l'ozène trachéal et nous verrons l'opinion de M. le D^r Luc à ce sujet.

Abstraction faite de la théorie formulée par Strübing nous rapportons la description de cet auteur d'après la traduction que nous avons faite de son article sur l'ozène : « La muqueuse du larynx se montre gonflée et rouge dans la portion postérieure. Dans peu de cas le conduit laryngien contenait les bacilles typiques, par contre tous les autres microbes possibles s'y trouvaient.

« L'apparence qu'offre le larynx n'est pas toujours identique, de même que l'inflammation peut être différente en intensité. Lorsque les croûtes com-

(1) P^r Strübing (de Greifswald). — De l'ozène. (Münch. med. Woch. Traduit de l'Allemand. 1895 n° 39 et 40.)

mencent à se former en petite quantité, la toux tourmente les malades. Les croûtes sont expulsées le matin par la toux et à l'examen on n'aperçoit que la forte inflammation de la muqueuse sans en pouvoir découvrir la cause. La formation croûteuse arrivée à un degré élevé, on trouve toujours les croûtes à l'examen. S'il arrive au malade d'en expulser par la toux, il en reste toujours d'autres qui rendent possible le diagnostic. La sécrétion desséchée occupe dans la portion sous-glottique la face inférieure des cordes vocales. La formation des croûtes associée au gonflement de la muqueuse produit des désordres du côté de la phonation qui peuvent aller jusqu'à l'aphonie et amènent parfois des phénomènes de sténose. Les croûtes desséchées sont surtout la cause du rétrécissement de la glotte, car lorsqu'elles sont expulsées, la respiration devient de nouveau libre.

« La formation des croûtes est-elle peu prononcée, la toux et les troubles de la voix sont les deux phénomènes occasionnés par la maladie. » Strübing cite à l'appui de sa description, le cas d'un garçon de 14 ans, dont nous donnons l'observation (Obs. XXXIII).

Cette étude d'une affection laryngée, suite d'ozène, dans laquelle la stagnation des croûtes au niveau de la portion sous-glottique, se manifeste par les symptômes décrits par Strübing, nous servira de transition toute naturelle pour faire l'étude de l'ozène trachéal.

B. — Dans les conclusions de son article consa-

cré à l'ozène trachéal, M. le docteur Luc (1) dit ceci :
« Il existe une variété de trachéite observée jusqu'ici en concomitance avec l'ozène nasal, mais pouvant une fois établie évaluer indépendamment de lui, caractérisée par la fétidité de ses sécrétions dans lesquelles le microscope révèle la présence de micro-organismes semblables à ceux qui ont été observés dans les croûtes nasales des ozéneux et pour laquelle nous proposons la dénomination *d'ozène trachéal*.

« Les croûtes observées sur les parois de la trachée ne sont pas des produits migrants descendus du nez ; elles sont autochtones, nées sur place, car on les voit plusieurs semaines durant, s'éliminer par l'expectoration et se reformer tour à tour, alors que les cavités naso-pharyngiennes sont maintenues pendant ce temps, d'une façon ininterrompue, dans un état de propreté parfaite, à l'aide d'irrigations journalières. »

D'après M. le docteur Luc, il existerait donc dans 1/5 des cas chez les ozéneux un ozène propre à la trachée, ozène qui serait lui-même dû à un ozène nasal primitif et par conséquent peut être envisagé comme une complication de l'ozène que nous étudions, complication qui serait le résultat d'une infection au niveau de la trachée.

Nous avons observé à la Clinique de l'hôpital Saint-Joseph, pendant l'année 1898, un cas d'ozène nasal avec croûtes siégeant au niveau des premiers

(1) Luc. — De l'ozène trachéal. (Archives internat. de laryngologie — 1887-88. p. 117.)

anneaux de la trachée. N'ayant pu suivre la malade qui en était atteinte (jeune fille de 20 ans environ) et qui ne s'est d'ailleurs jamais représentée à la consultation, nous regrettons de n'en pouvoir donner l'observation.

Tous les auteurs que nous avons consultés admettent la possibilité de la présence de croûtes au niveau de la trachée et sous divers noms : laryngite sèche (Mackensie (1), Moure, Deumier) (2), ozène laryngo-trachéal (B. Baginsky (3) et B. Frœnkel, W. Vulpius) (4), ozène trachéal (Luc, Chabory) (5), ont observé chez les malades venus pour se faire soigner une odeur fétide et caractéristique, semblable en tous points à celle de l'ozène nasal et s'échappant de la bouche du patient.

Comme pour la laryngite, suite d'ozène avec stagnation de croûtes au niveau de la portion sous-glottique, l'examen laryngoscopique montre dans l'ozène trachéal les croûtes adhérentes à la muqueuse. Mais dans le cas d'ozène trachéal, ces croûtes siègent sur les anneaux ou dans les espaces interannulaires.

(1) *H. Mackensie*, cité par Moure : du coryza atrophique. Journ. de médecine de Bordeaux, 23 juin 1889.

(2) *Deumier*. — Thèse de Paris, 1889.

(3) *B. Baginsky et B. Frœnkel*. — Ozène laryngo-trachéal. Soc. médicale de Berlin (In Berliner Kl. Wochens, n° 37, p. 537, 1876).

(4) *W. Vulpius*. — Sur un ozène primitif laryngo-trachéal. (Deutsch. méd. Wochen, n° 5, 28 janvier 1897. Traduct. allemande).

(5) *Docteur Chabory*. — Thèse de Paris, 1892. — De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire.

« Si à la faveur d'inhalations humides on a opéré le nettoyage de la trachée, on distingue alors nettement les modifications d'aspect de la muqueuse qui peut dans certains cas se montrer non seulement rouge, mais inégale, comme grenue et épaissie au point de dissimuler la disposition annelée des parois trachéales. » (Luc) (1).

Notons encore l'expectoration de croûtes fétides, surtout le matin au lever et nous aurons terminé le tableau symptomatologique de cette affection. Nous donnerons pour compléter cette étude un résumé des observations présentées par M. le Dr Luc dans l'article concernant l'ozène trachéal et dans lesquelles l'examen bactériologique des croûtes montre sur celles-ci les mêmes microbes que dans le nez atteint d'ozène; (Obs. XXXIV, XXXV, XXXVI).

L'accord des auteurs au sujet de l'ozène trachéal cesse dès qu'il s'agit d'expliquer cette formation de croûtes, dans la trachée et les opinions en présence se résument dans ces trois questions :

1) Y a-t-il un ozène trachéal pouvant se développer sans ozène nasal ?

2) En supposant l'ozène nasal nécessaire pour produire l'ozène trachéal, dans ce cas les croûtes rencontrées au niveau de la trachée résultent-elles d'un ozène propre à ce conduit et ayant pour point de départ initial, une infection produite par les croûtes venues du nez ?

3) Les croûtes rencontrées dans la trachée des

(1) Luc. Loco cit.

ozéneux ne sont-elles simplement que des croûtes venues du nez et n'ayant avec la trachée que des rapports accidentels ?

B. Baginsky (1) est le premier qui en 1876 ait décrit et reconnu l'ozène laryngo-trachéal comme une maladie spéciale. La malade présentée par Baginsky, (Obs. XXXVII) était atteinte d'ozène laryngo-trachéal sans ozène nasal.

Massei (2) 1894, reconnaît une localisation des croûtes fétides à la trachée et la considère comme rare.

Cohen, la même année, (Deut. méd. Wochen, p. 12), M. Tsakyroglous (de Smyrne), (Monatsch, für Ohrenheilkunde, XXII, p. 127), ont observé des cas dans lesquels la maladie du larynx manifestement primitive, n'était pas occasionnée par une affection analogue du nez.

Enfin (Janvier 1897), W. Vulpius (3) soutient l'existence d'un ozène trachéal sans ozène nasal. L'observation qu'il présente est celle d'une jeune femme qui loin d'être atteinte d'ozène nasal avait une hypertrophie des cornets moyens et surtout des cornets inférieurs (Obs. XXXVIII). Vulpius en conclut : « Nous sommes tellement habitués à voir dans l'ozène la sécrétion morbide caractéristique avec ses croûtes fétides enfermées dans le nez ou très haut dans l'ar-

(1) *B. Baginsky*. — *Loco. cit.*

(2) *Massei*. — *Lezioni cliniche nelle malattie della Gola* Milano, 1884, p. 202.

(3) *W. Vulpius*. — *Loc. cit.*

rière cavité des fosses nasales qu'une localisation de la maladie dans la portion profonde des voies respiratoires se reconnaît toujours tardivement ».

Lorsqu'il découvrit l'ozène trachéal (1887-88) Luc déclarait n'avoir jamais rencontré l'ozène trachéal sans ozène nasal et ajoutait : « Il est impossible de prévoir si l'on publiera quelque jour des cas d'ozène trachéal sans ozène nasal. Ce qui est certain, c'est que sur nos malades, il y avait coexistence des deux localisations de la maladie et que vraisemblablement ainsi que nous venons de l'établir la rhinite, aurait précédé la trachéite ; mais la maladie secondaire une fois créée présenterait une indépendance bien nette à l'égard de la primitive, puisque chez nos deux premières malades, bien que pendant plusieurs semaines les fosses nasales aient été maintenues dans un état de propreté parfaite, nous avons vu à plusieurs reprises les croûtes trachéales se reformer sur place ».

De ces deux ordres de théories : ozène primitif trachéal d'une part ; ozène trachéal produit par un ozène nasal coexistant, mais ozène trachéal évoluant pour son propre compte, d'autre part, nous ne tirons aucune conclusion et nous ne nous permettons même aucune appréciation. Nous nous contenterons de faire remarquer que dans les deux observations venant à l'appui de la première théorie, le nez n'était pas intact. Ne pouvons-nous pas d'ailleurs supposer que derrière cette rhinite hypertrophique des malades de Baginsky et de Vulpius, une rhinite atrophique avec ozène au niveau de la portion postérieure des fosses nasales

était en droit d'exister ? Et la théorie du stade hypertrophique précédant le stade atrophique de l'ozène, théorie qui nous a parue vraie dans certains cas, pourrait être ici invoquée. Quant à la théorie de Luc, disons seulement qu'elle est très vraisemblable ; l'autorité de son auteur et notre manque d'observations personnelles à ce sujet nous interdisant toute opinion arrêtée sur ce point.

Toutefois, pour bien des auteurs, l'ozène trachéal ne serait pas un ozène spécial. Deumier pense qu'il n'y a pas lieu de faire de la laryngite sèche fétide, appelée ozène trachéal une affection à part et la classe parmi les complications de la rhinite atrophique fétide. De plus, Moure (1) se demande si l'on doit donner à cette complication le nom d'ozène : « Tel n'est pas mon avis, écrit-il ; puisque nous refusons cette appellation à d'autres maladies qui produisent la punaisie, pour la réserver uniquement au coryza atrophique, il est dès lors inutile d'étendre cette dénomination à un état qui constitue non pas une maladie mais seulement un symptôme. »

Observation XXXI (Hôpital Saint-Joseph. Service de M. le docteur Châtellier. *Personnelle*).

Ozène et laryngite chronique.

Aline P..., 40 ans, se présente le 5 octobre 1898 à la consultation pour une laryngite chronique (n° 3823).

(1) *Moure*. — Journ. méd. de Bordeaux, l. c.

Elle a la voix voilée depuis l'âge de 13 ans, de façon intermittente. Influenza en 1891. Légère attaque de rhumatisme articulaire.

La malade mouche depuis longtemps des croûtes, mais elle n'est atteinte d'anosmie que depuis son influenza.

A l'examen des organes, on découvre :

Nez. — Fosse nasale droite large. Cornet inférieur atrophié.

Fosse nasale gauche, large aussi. Cornet inférieur plus atrophié qu'à droite. Cloison légèrement déviée à gauche. Anosmie. Croûtes

Larynx. — Bandes ventriculaires gonflées. Parésie de la corde vocale droite qui est recouverte d'un enduit blanchâtre.

La malade se faisait des lavages du nez suivis d'applications de pommade mentholée boriquée.

Sous prétexte que ces lavages lui occasionnent des maux de tête, elle cesse de les pratiquer.

Dès lors la voix redevient voilée.

La malade avait été antérieurement soignée par des applications d'huile mentholée du côté du larynx, puis par des attouchements au chlorure de zinc suivis d'amélioration. Elle se soumet de nouveau au même traitement et reprend de même ses douches nasales et la pommade.

Revue le 23 décembre, la malade présente une amélioration sensible : la voix est redevenue claire, presque normale.

Observation XXXII (In thèse de Greliche,
Paris 1894).

Ozène et laryngite catarrhale.

Berthe B., 19 ans, domestique.

A. H. — Père paralysé.

A. P. — Rougeole dans l'enfance. Coryzas et maux de gorge fréquents. Troubles du côté de la vue.

Depuis 1 an la malade se plaint du nez.

Elle y a continuellement des croûtes énormes, très adhérentes, d'une odeur désagréable. Anosmie par intervalles.

Depuis 8 jours elle se plaint de la gorge; elle y a des croûtes analogues à celles du nez; leur odeur est même plus accusée. Le matin surtout elle en a une grande quantité qui la gênent pour avaler. Elle est obligée de faire des efforts de râclage très énergiques pour les détacher.

Elle n'y réussit pas toujours et doit employer le doigt. Leur adhérence est telle que leur arrachement détermine parfois un petit suintement de sang. Son haleine est très fétide.

Par la rhinoscopie antérieure on constate dans le nez les lésions communes dans l'ozène: élargissements des fosses nasales, atrophie de la muqueuse et des cornets; croûtes jaunes, mélangées d'un peu de sang.

Le pharynx est très rouge et par places recouvert de croûtes. Les amygdales sont engorgées et rouges.

Le larynx à part une teinte rouge est normal, nulle part des croûtes.

En faisant faire de larges inspirations à la malade on s'aperçoit que la trachée est recouverte en grande partie de croûtes et de mucosités analogue à celles qui existent dans le nez.

Le diagnostic d'ozène trachéal ne paraît pas douteux.

On prescrit à la malade des irrigations nasales avec la sonde rétro-pharyngienne. En même temps, on ordonne des pulvérisations dans la gorge.

Observation XXXIII. — (Empruntée à l'article du Professeur Strübing, de Greifswald, sur l'ozène. — *Centralblatt für Bactér.* 1893, Vol. XIII).

Ozène nasal avec ozène laryngo-trachéal.

Un garçon de 14 ans, O. K..., de Stralsund, se plaignait d'un coryza et de toux. Il était très enrôlé. L'examen fit

découvrir un ozène du nez et du pharynx avec les deux cornets inférieurs atrophiés.

A l'examen laryngoscopique on trouva des croûtes sur les bandes ventriculaires comme dans la région interaryténoïdienne, dans la portion sous-glottique et la trachée. La muqueuse du larynx est rouge. On ne peut pas nettement apprécier les changements de volume de la muqueuse.

Observation XXXIV (D^r Luc. Archives de laryng. 1887-88. Résumée).

Ozène trachéal dans le cours d'un ozène nasal vrai.

M^{me} D.. et sa sœur, affectées d'ozène vrai ancien se présentent pour consulter au commencement d'octobre 1887.

Examen rhinoscopique. — Fosses nasales spacieuses, atrophie des cornets inférieurs. Croûtes adhérentes, visqueuses, s'étendant jusque dans le pharynx nasal.

Nettoyage complet et séance tenante des fosses nasales chez les deux malades. Toute fétidité disparaît chez la sœur de M^{me} D..., tandis que chez M^{me} D... la fétidité persiste. M^{me} D... sur le conseil du D^r Luc fait pendant huit jours deux fois par jour des lavages avec une solution de sublimé à 1/10,000. Le traitement est suivi scrupuleusement, mais M^{me} D..., revue le huitième jour, présente la même fétidité.

L'air expiré par la bouche de la malade est aussi fétide que l'air expiré par le nez. La malade avoue expectorer le matin des crachats fétides, après un accès de toux.

L'examen laryngoscopique fait voir la trachée tapissée de croûtes et de mucosités verdâtres.

Examen bactériologique des crachats fétides par le D^r Ledoux-Lebard (laboratoire du P^r Grancher). Coloration à l'aniline : coccus isolés, bactéries de diverses grandeurs, et diplocoques répondant à la description de Lœwenberg.

Pulvérisations intra-trachéales avec solution créosotée, puis, avec solution de thymol.

La malade suit mal son traitement. Revue à plusieurs reprises, elle conserve toujours la même fétidité.

Dans le cas suivant, le même traitement, bien suivi, amène chez la malade la guérison de la fétidité.

Observation XXXV (*Idem.* — Résumée)

Ozène trachéal dans le cours d'un ozène nasal vrai.

Succès du traitement par les inhalations de solutions antiseptiques pulvérisées.

Marie R..., 18 ans, traitée depuis le 30 novembre 1887, pour ozène nasal vrai. Malgré les lavages nasaux scrupuleusement faits, on remarque un jour une fétidité spéciale de l'haleine. L'air expiré étant aussi fétide par la bouche que par le nez, le D^r Luc pense à un cas analogue au précédent.

Examen laryngoscopique. — Dans l'intervalle des cordes vocales, la trachée apparaît recouverte de croûtes disséminées dans l'intervalle desquelles elle montrait une rougeur anormale.

La malade soumise à une pulvérisation de liquide antiseptique pendant vingt minutes, est prise de quintes de toux, suivies d'expectoration de crachats fétides.

Nouvel examen laryngoscopique. — La trachée apparaît nettoyée ; l'haleine n'a plus de fétidité.

Aux différents examens, la trachée se présente couverte ou dépourvue de croûtes, suivant que la malade n'a pas ou a suivi son traitement.

Le 16 décembre, après un traitement par les pulvérisations d'une solution de thymol à 4/1000, on arrive à débarrasser complètement la trachée des croûtes adhérentes.

Observation XXXVI (*Idem.* — Résumée)

Ozène trachéal compliqué de laryngite, dans le cours d'un ozène vrai

Edouard F..., employé. Ozène nasale vrai depuis l'âge de 7 ans. Depuis l'âge de 10 ans, accès de toux, râclage, suivis d'expectoration de crachats fétides et verdâtres.

Depuis 4 ans, facilement sujet à des poussées de laryngite.

Examen rhinoscopique. — Fosses nasales ozéneuses caractéristiques.

Examen laryngoscopique. Muqueuse laryngée, même au niveau des cordes vocales, enflammée. Piqueté hémorragique sur les bandes ventriculaires.

Muqueuse trachéale rouge dans l'intervalle des croûtes disséminées sur elle. Après nettoyage par les pulvérisations, cette muqueuse apparaît épaissie, grenue et mamelonnée, telle qu'on observe souvent la muqueuse pituitaire dans les nez ozéneux.

Traitement du nez par les lavages, de la trachée, par les inhalations.

11 janvier 1888, le malade, revu après un traitement scrupuleusement suivi, est considérablement amélioré.

Nez propre ; voix plus claire, pas de croûtes trachéales.

Observation XXXVII (empruntée à l'article de B. Baginsky, sur l'ozène laryngo-trachéal. B. Baginsky et B. Frœnkel. Soc. méd. de Berlin. 17 mai 1876). *Résumée.*

Jeune garçon de 12 ans 1/2 avec odeur fétide s'exhalant de la bouche. Expectoration de masses verdâtres à odeur infecte.

Etat général excellent. Pas de scrofule, pas de syphilis héréditaire. Un peu de catarrhe pharyngé et tuméfaction des cornets inférieurs de chaque côté.

Examen laryngo-trachéoscopique. — Au-dessous des cordes vocales, sur la face interne des cartilages thyroïde et cricoïde et sur la paroi trachéale, on aperçoit des masses gris-verdâtres, très adhérentes à la muqueuse.

Lamuqueuse sous-jacente est privée de son épithélium, érodée et saigne facilement. La lésion s'étend jusqu'au 8^e ou 9^e anneau trachéal. Au microscope, les masses croûteuses présentent une quantité de détritits de cellules épithéliales dégénérés, des cristaux de tyrosine et des champignons leptothrix.

A la base de la langue, sur les amygdales et sur la paroi postérieure du pharynx, dépôts blanchâtres de leptothrix.

Observation XXXVIII (empruntée à W. Vulpius. In Deut. med. Wochens. 28 janvier 1897). (Résumée. Traduit de l'allemand).

Ozène trachéal sans ozène nasal.

M. R. H..., âgée de 18 ans, vient consulter pour ses oreilles, siège d'un écoulement purulent ancien. La malade avait la voix enrouée, parfois elle était complètement aphone. Elle répandait autour d'elle l'odeur caractéristique de l'ozène.

De 7 à 11 ans la malade faisait partie d'un chœur et avait la voix claire. Il y a quatre ans survient un enrouement ; la voix se couvre et revient par périodes. Plus tard surviennent des quintes de toux le matin avec expectoration de croûtes visqueuses. Dans le nez se trouve du pus très fluide d'odeur fade, mais pas de croûtes. Muqueuse rose pâle, dure. Cornets moyens peu hypertrophiés. cornets inférieurs, davantage.

Dans l'arrière cavité des fosses nasales, pus très fluide. Orifices des trompes étroits des deux côtés.

Examen laryngoscopique. — Bandes ventriculaires tellement épaissies qu'elles recouvrent les cordes vocales complètement pendant la respiration calme ; couleur rose pâle, consistance ferme.

Les cordes ventriculaires étaient sur leur surface et leurs bords raboteuses, sales, jaune-grisâtre, se fermant incomplètement pendant la phonation.

Portion sous-glottique du larynx et trachée d'un vert-gris sale, couverte de masses croûteuses, qui faisant saillie sur les bords des cordes, leur donnaient cet aspect raboteux, dentelé. Haleine fortement ozéneuse.

Nous terminerons cet article en disant quelques mots de l'influence que peut avoir l'ozène sur l'appareil respiratoire.

La présence des croûtes ozéneuses dans les bronches est, d'après Moure, tout à fait exceptionnelle et notre intention n'est pas de décrire un ozène bronchique.

Stoerk a bien décrit en 1876 une affection fréquente en Galicie et en Pologne (où d'ailleurs l'ozène se rencontre souvent) et connue sous le nom de *blennorrhée de Stoerk*. Cette affection est un catarrhe des voies aériennes débutant par un écoulement nasal verdâtre, épais. Considérée comme un catarrhe rhino-pharyngolaryngé atrophique par Heymann, cette maladie qui n'a rien de commun avec l'ozène, pas même la fétidité, est rattachée par le Dr Lublinsky à la syphilis tertiaire.

Toutefois, l'ozène paraît avoir sur l'appareil respiratoire un certain retentissement.

Le Dr F. Chabory (1), dans sa thèse : De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire, reconnaît que « les laryngites et bronchites consécutives à des lésions du nez ne sont pas rares ».

(1) Chabory. — Thèse de Paris, 1892.

Chabory, pour expliquer leur production, invoque les raisons suivantes : « l'extension au larynx et aux bronches du processus inflammatoire qui a débuté par la pituitaire, ou bien s'il y a obstruction nasale, on incriminera l'action sur le larynx et les bronches d'un air moins chaud, moins humide, moins tamisé, vicié par les microorganismes de la fermentation buccale ».

Dans l'ozène, le nez loin d'être obstrué est considérablement élargi ; mais l'air inspiré n'en demeure pas moins dans l'un et l'autre cas dans des conditions défavorables. Ce que nous avons dit au sujet de l'action du courant d'air d'inspiration (Cf. complic. auricul.) sur la trompe et l'oreille moyenne, s'applique d'autant mieux aux voies respiratoires que l'air inspiré y pénètre en grande quantité et impressionne une plus grande étendue de muqueuse. Dépourvu du calorique et de l'humidité qu'il emporte dans son passage au niveau des fosses nasales normales, l'air inspiré est au premier chef un agent d'irritation pour la muqueuse bronchique. De plus, cet air peut aisément entraîner au sein des bronches et par là même au niveau des alvéoles pulmonaires les germes infectieux de la cavité nasale.

Si la rhinite, ou tout au moins la malpropreté des fosses nasales chez les enfants en état de réceptivité peuvent être invoquées comme agents étiologiques dans la broncho-pneumonie du premier âge, il ne nous semble pas invraisemblable d'admettre la possibilité de l'infection broncho-pulmonaire suite d'ozène.

Nous devons, il est vrai, demeurer dans le domaine des hypothèses, car nous n'avons à présenter aucune observation d'affection pulmonaire que nous puissions attribuer à l'ozène. Nous avons cependant découvert dans la thèse de Greliche l'observation de deux jeunes femmes (Obs. XXXIX et XL) atteintes de tuberculose pulmonaire au premier degré avec symptômes d'ozène du côté du nez.

Nous trouvons l'observation intéressante, mais nous la rapportons sans y faire aucun commentaire. Notons seulement que Greliche fait à ce sujet quelques remarques : « Les affections nasales, en tant que facteurs de la phtisie peuvent agir de deux façons » :

α) Tuberculose nasale se propageant.

β) Il n'y a pas tuberculose nasale, mais une affection quelconque du nez, le plus souvent de la rhinite hypertrophique chronique, *de l'ozène*.

Leur action est complexe. D'une part le catarrhe nasal qui les accompagne entretient les bronchites et comme le pense Koch, le bacille de la tuberculose s'implante avec la plus grande facilité sur les muqueuses enflammées et en partie dépourvues de leur épithélium. C'est aussi l'opinion de Jarvis, qui a constaté la coexistence fréquente de la tuberculose pulmonaire avec des lésions catarrhales des voies respiratoires. (New-York méd. j. 1885).

D'autre part nous retrouvons une cause déjà plusieurs fois invoquée ; la suppression du mucus nasal ou la substitution de la respiration buccale à la respiration par le nez, »

Les expériences de Straus (1) viennent à l'appui de cette opinion. Straus a prouvé l'existence dans le nez sain du bacille de Koch et conclut à la réalité de l'infection par inhalation chez l'homme et de l'infection pulmonaire par aspiration.

Le bacille de Koch existant dans les fosses nasales saines, pourra être entraîné d'autant plus facilement dans les voies respiratoires des ozéneux que chez ces malades le nez ne possède plus ses moyens de rétention des microbes et constitue au contraire pour ceux-ci un terrain de culture favorable.

Observation XXXIX (In thèse de Greliche.
Paris, 1894. *Résumée*).

Ozène et tuberculose pulmonaire.

Jeune fille de 18 ans ayant toutes les apparences de la bonne santé (19 février 1894).

Pas d'antécédents héréditaires mauvais.

Tousse un peu. Pas de fièvre le soir. Sueurs peu abondantes. Depuis plusieurs années mouche des croûtes. Fétidité, anosmie. Gorge sèche, haleine fétide.

Nez : présente à l'examen les caractères d'un nez ozéneux.

Pharynx nasal avec sécrétions durcies, adhérentes.

Larynx : teinte rouge, hyperhémie, pas de croûtes.

A travers les cordes vocales descend dans la trachée une trainée de mucosités moins sèches que les précédentes et qui va en s'amincissant.

Auscultation : Submatité aux deux sommets.

(1) *Straus*. — Académie de médecine, 3 juillet 1894.

Respiration faible à gauche avec diminution du murmure vésiculaire. Expiration prolongée.

Respiration rude à droite, quelques frottements et quelques craquements secs et humides.

On institue le traitement du nez et de la gorge le 23 février 1894. La malade suit bien son traitement. Dès le mois de mai, plus de fièvre. Appétit meilleur.

En juillet, les signes stéthoscopiques se sont améliorés.

La malade ne tousse plus et se déclare satisfaite.

Il n'y a plus de sécrétions dans le nez. Atrophie du squelette et de la muqueuse. Lésions surtout au niveau du cornet moyen.

Observation XL. (*Idem.* Résumée)

Femme de 26 ans, atteinte de rhinite suppurée double et de pharyngite consécutive. Après quelques négligences dans son traitement la malade se met à tousser, à maigrir et à transpirer abondamment. On constate quelques lésions au sommet du poumon droit. Reprise sérieuse du traitement.

La malade revue quelques mois après se trouve mieux et ne tousse plus.



Article V

Complications du côté de l'appareil digestif.

Nous ne considérons pas la pharyngite sèche dont sont atteints presque tous les ozéneux arrivés à un stade avancé de leur ozène, comme une complication de l'affection nasale. Nous regardons plutôt la pharyngite comme une propagation du processus ozéneux au pharynx.

Lœwenberg a trouvé chez tous les ozéneux qu'il a examinés le pharynx sec et luisant aussi bien au-dessus qu'au-dessous du voile de palais.

La muqueuse pharyngienne est sèche, lisse, luisante, pâle dans les cas anciens et quand l'affection est généralisée, plus fréquemment rouge dans les cas contraires (Chabory) (1).

Baswosth, cité par Chabory, compare très justement l'aspect de la muqueuse pharyngienne à du parchemin. Nous avons pu contrôler la justesse de cette remarque chez une de nos malades dont nous avons rapporté l'observation (Obs. XVII).

La muqueuse pharyngée subit comme la pitui-

(1) *Chabory*. — Des influences des affections nasales sur le tube digestif. (Progrès médical, 15 juillet 1893).

(2) *J. Moure*. — Considérations sur la pharyngite sèche ou atrophique. (Avril 1897. Revue de laryngologie.)

taire le processus atrophique et sa sécheresse est due à l'atrophie des glandes, avec amincissement des fibres musculaires de la muqueuse sous-jacente. Toutefois le pharynx ne produit pas les croûtes que l'on y rencontre ; ces croûtes épaisses que l'on trouve collées sur le pharynx viennent du nez (Moure) (2). La gêne de la déglutition dont se plaignent les malades, vient de cet état du pharynx et lorsqu'on en vient à les mettre sur ce sujet, la plupart ajoutent qu'ils ont des nausées, voire même des vomissements, surtout le matin. Presque tous accusent de l'anorexie, un état dyspeptique plus ou moins prononcé.

L'ozène est-il véritablement cause de tout cela ?

Que l'ozéneux éprouve des nausées, qu'il ait de l'anorexie, nous trouvons superflu d'insister sur ce point. La déglutition des croûtes tombant du nez dans l'œsophage, de là dans l'estomac, suffit à expliquer l'un et l'autre de ces phénomènes.

Mais y a-t-il une gastrite véritablement due à l'ozène ?

Dans son traité sur l'ozène, M. P. Tissier reproche vivement aux rhinologistes de « faire profession d'ignorer tout ce qui n'est pas de l'étroite sphère de leur spécialité » et de ne pas s'occuper des autres symptômes que présentent leurs malades du côté des divers organes.

P. Tissier a voulu se rendre compte si chez les ozéneux, les croûtes nasales pénétraient dans l'estomac et pouvaient être rendues responsables des troubles gastriques dont se plaignent souvent les malades.

Dans ce but, l'auteur a pratiqué le lavage de l'estomac chez trois malades, à jeun et avec de l'eau bouillie.

De ces recherches, P. Tissier conclut que les croûtes nasales doivent être incriminées.

Greliche a de même observé du pyrosis, de la dyspepsie et de l'amaigrissement chez de nombreux malades atteints d'ozène.

Deumier (1) cite la gastrite des ozéneux, mais dit n'avoir jamais rencontré un cas typique de gastrite catarrhale. Il ajoute : « Nous avons rencontré cependant chez un certain nombre de femmes des symptômes d'embarras gastrique et de dyspepsie. Elles nous racontaient que le matin au réveil, elles avaient des nausées, des vomissements, qu'elles perdaient l'appétit, qu'après le repas, elles avaient des ballonnements à l'épigastre, de la congestion de la face, de la tendance au sommeil, des éructations. On peut attribuer dans une certaine limite ces accidents aux croûtes qu'avalent les malades, mais il n'est pas impossible que ces troubles dyspeptiques ne soient que le résultat de la coexistence d'une affection de l'estomac avec la rhinite atrophique. »

Une de nos malades chez laquelle l'ozène a produit un état d'anémie et de neurasthénie marqué, nous a dit avoir souffert longtemps d'une gastrite que les lavages d'estomac avaient considérablement améliorée (Obs. XXVI). A cette époque, cette malade

(1) Deumier. — Thèse de Paris 1889.

soignait peu son ozène. Actuellement les soins sont plus assidus, la gastrite a disparu et il ne reste plus qu'un léger état dyspeptique avec anorexie.

Cette gastrite a donc bien les allures d'une affection compliquant l'ozène et ayant avec l'amélioration ou l'aggravation de cette maladie, des rapports étroits qui suffisent à établir le lien de cause à effet.



Article VI

Complications du côté des méninges et du système nerveux

L'influence des affections du nez dans la genèse de certains troubles du côté du système nerveux et des méninges est reconnue depuis longtemps. Fernelius (1) (1668), Van Helmont (1782), avaient déjà remarqué la relation entre l'hémicrânie et le catarrhe nasal, l'effet de certaines odeurs sur la migraine, les nausées, les vomissements.

Johan Jacob Wepfer, en 1728, admet les migraines d'origine nasale (*Observationes medico-praticæ de affectibus capitis internis et externis*. Schaffouse, 1728).

De nos jours, Sommerbrodt, Götze, Boeker, en Allemagne; Roë, en Amérique; F. Franck, Ruault, Ménière, Moure, Laverand, Lichtwitz, Garis, en France, ont observé les relations entre ces deux sortes d'affections.

Dans la plupart des cas observés, il s'agissait d'hypertrophie des cornets.

Les troubles qu'occasionne la rhinite hypertro-

(1) *Fernelius, etc.* — Etude historique de J. N. Mackensie. (N. York méd. Journal, 20 août 1887).

phique, la rhinite atrophique fétide ou ozène peut-elle les produire ?

Des observations que nous avons recueillies, il nous semble résulter que l'ozène peut jouer dans la genèse de certaines affections du système nerveux central et périphérique et de divers troubles névropathiques un rôle capital ; que si chez le malade, certaines conditions névrotiques particulières étaient nécessaires pour préparer la voie à l'affection nerveuse, l'ozène seul pouvait être incriminé, lorsqu'il s'agissait de rechercher la cause déterminante. La plupart des ozéneux se plaignent de céphalées, de migraines ou de névralgies faciales, sans que l'on puisse les attribuer à une sinusite quelconque.

Le traitement local du nez est institué, ces troubles s'amendent, parfois même disparaissent.

Nous n'insisterons pas sur ce point, mais nous apporterons toute notre attention à l'étude d'affections plus graves, telles que vertiges, paralysies, infection cérébrale avec troubles mentaux, méningite, survenus chez des malades atteints d'ozène, et chez lesquels l'affection nasale semble avoir été étroitement liée à l'affection nerveuse ou méningitique.

Avant d'exposer les faits, nous pouvons nous demander comment l'ozène peut produire du côté des méninges et du système nerveux des lésions plus ou moins graves.

Par leur situation anatomique, les fosses nasales se trouvent en rapport direct avec les méninges et l'encéphale. Les fentes éthmoïdales, si la muqueuse

pituitaire ne revêtait leur orifice, établiraient une communication complète entre les deux organes.

La perméabilité pathologique de cette muqueuse à ce niveau peut ouvrir de ce côté une voie à l'infection. Mais il existe une voie beaucoup plus sûre, la voie vasculaire sanguine et lymphatique.

Or, nous savons que de toutes les affections nasales, l'ozène est la plus favorable à la pullulation des microbes au niveau de la muqueuse pituitaire.

La possibilité pour les microbes de franchir toutes les muqueuses, surtout les muqueuses malades, est un fait depuis longtemps reconnu et l'infection peut se faire par contiguïté ou par voie sanguine et lymphatique. Quoi de plus aisé pour les agents microbiens, en supposant le processus ozéneux assez avancé, de gagner la région des cellules ethmoïdales, de pénétrer la muqueuse pituitaire, et de faire irruption dans la cavité crânienne.

Les recherches d'Axel Key et Retzius ont fait connaître les communications entre les lymphatiques du nez et les espaces sous-arachnoïdiens, et cette communication est surtout établie pour les lymphatiques des régions olfactives.

Nous rapportons un cas de M. le professeur Panas, (paralysie de la 6^e paire, Obs. XLIII), et un cas de Størk, (infection cérébrale, Obs. XLIV) dans lesquels l'ozène seul peut être incriminé et nous devenons convaincu qu'il s'est produit en ces circonstances du côté du système nerveux une intoxication véritable due aux toxines sécrétées par les micro-

organismes contenus dans les fosses nasales et nous n'hésitons pas à rapprocher ces faits des troubles nerveux que l'on observe si fréquemment à la suite d'une maladie infectieuse : grippe, diphtérie ou fièvre typhoïde.

Examinons maintenant en particulier les cas que nous avons pu recueillir.

A. — *Méninges*

Demme (1) rapporte le cas d'un ozène scrofuleux (*ozena scrofulosa*) ayant servi de porte d'entrée à la tuberculose. Il s'agit d'un enfant issu d'une famille tout à fait saine, qui lui-même n'était jamais malade. Il fut confié aux soins d'une famille dont le père était tuberculeux. Peu de temps après l'enfant fut atteint d'ozène scrofuleux. La sécrétion nasale contenait le bacille de Koch. L'enfant mourut de méningite tuberculeuse.

Pfeiffer admet la possibilité de cette infection tuberculeuse des méninges par la voie muqueuse et y voit un processus d'infection analogue à celui de la méningite cérébro-spinale.

Dans le cas présent, une tuberculose locale créée par les bacilles à leur passage n'était même pas nécessaire. L'ozène suffisait. D'ailleurs, il existe fré-

(1) Demme. — *Ozena Scrofulosa*, (Société de laryngologie de Berlin, 17 juillet 1892).

quemment chez l'enfant une tuberculose avancée des ganglions mésentériques, sans que la muqueuse qui a été la porte d'entrée possède de foyer local de tuberculose.

Nous ne pouvons citer d'autres cas de méningite due à l'ozène, mais nous croyons devoir citer une observation récente du D^r Chauveau (1). Il ne s'agit pas dans ce cas, d'une rhinite atrophique fétide, mais d'une rhinite pseudo-membraneuse due à quelques pneumocoques associés à de nombreux staphylocoques.

Le malade est un enfant de 6 ans. La mère et deux autres enfants sont atteints de grippe.

10 jours après la maladie de sa mère et de ses frère et sœur, l'enfant est atteint de rhinite avec réaction fébrile intense. Le malade se présente dans un état général très mauvais ; il a des ganglions volumineux de chaque côté du cou. Pas de phénomènes d'infection généralisée.

Jetage abondant du côté des narines.

Des phénomènes d'infection méningitique ne tardent pas à se montrer. Le malade meurt.

L'examen bactériologique du mucus nasal fait à plusieurs reprises, n'a jamais révélé la présence du bacille de Löffler. Seuls quelques pneumocoques associés à de nombreux staphylocoques. Pas d'autopsie.

(1) *Chauveau*. — Archives de médecine des enfants, numéro 12, décembre 1898.

L'auteur fait bien ressortir qu'il n'y a pas lieu dans le cas qu'il rapporte de mettre l'infection méningitique sur le compte de la tuberculose. L'enfant n'était pas tuberculeux. Bien des symptômes militent aussi en faveur d'une méningite non tuberculeuse : rapidité du processus, intensité des phénomènes oculaires, absence d'irrégularité et de ralentissement du pouls. Le milieu dans lequel il vivait était depuis longtemps infecté par la maladie des parents. L'infection du nez d'abord, l'infection *des méninges par le nez* ensuite ont des rapports intimes et il est permis d'admettre la possibilité d'une origine nasale dans cette méningite de nature spéciale.

B. Vertiges. — Les vertiges comme phénomènes réflexes venant du nez ne se rencontrent pas fréquemment et sont beaucoup plus rares que la céphalée d'origine nasale.

Jurasz (1) a rencontré deux fois le vertige dans l'ozène. Deumier (thèse citée) en rapporte aussi deux cas. Nous lui empruntons ces deux observations (Obs. XLI et XLII).

Ces vertiges, d'après Gradenigo (2) « ne sont jamais assez intenses pour provoquer la chute du patient, ni pour le contraindre à garder le lit comme dans le vertige de Ménière. Ils ne sont pas accompa-

(1) *Jurasz.* — Die Krankheiten des oberen Luftwege. (Heidelberg. 1891).

(2) *G. Gradenigo.* — Acad. de médecine de Turin. (In Revue intern. de Rhinologie. N° 4, 1893).

gnés de nausées et de vomissements, ni d'une véritable céphalée, mais plutôt d'une sensation de pesanteur à la tête. »

Observation XLI. — (Deumier. Th. Paris 1889).

Ozène. — Céphalalgie. — Vertiges.

Emile Ch..., 18 ans, employé de commerce, venu le 5 septembre 1888 (n° 518).

Antécédents héréditaires. — Père mort à la suite d'une tumeur. Mère morte d'un cancer.

Antécédents personnels. — Rougeole à 7 ans. Fièvre typhoïde à 10 ans.

Pendant son enfance, scrofule (croûtes dans les cheveux, écoulements par les oreilles). A toujours toussé.

Depuis l'âge de 6 ans, a des croûtes dans le nez ; il respire par la bouche. Ronfle la nuit. Il mouche peu habituellement, mais dans quelques cas très abondamment. Dans ce cas, les matières sont vertes, noires, et si elles descendent dans le pharynx, elles ont un goût amer très prononcé. Sommeil assez calme. Odontalgie continue depuis trois mois.

Céphalées presque continuelles, siégeant surtout à la région occipitale.

Troubles de la vue et *vertiges de deux minutes de durée*, moins fréquents depuis six mois. Démangeaisons des deux côtés du nez. Quelques épistaxis rares, mais abondantes.

Anosmie absolue, voix nasonnée.

Examen. — Atrophie des deux cornets inférieurs. Croûtes nombreuses. Odeur très fétide. Catarrhe sec nasopharyngien.

Traitement. — Lavages alcalins avec naphtol. Badi-geonnages créosotés du pharynx.

Observation XLII (*Idem.* — Résumée)

Ozène léger. Céphalalgie. Vertiges.

Mademoiselle Léonie Bi... , 19 ans, couturière, vient à la Clinique (n° 123) le 9 décembre 1887.

Se plaint de maux de tête. Vertiges qui lui donnent des nausées. La malade est sujette à des attaques convulsives. Somnolence. Vue trouble (pupilles saines, pas de rétrécissement visuel). Mouche depuis longtemps des croûtes verdâtres, très fétides.

Examen rhin. — Cornets moyens épaissis, recouverts de croûtes. Cornets inférieurs atrophiés.

Catarrhe sec du pharynx ; muqueuse rouge, quelques croûtes à la voûte.

18 Janvier 1888. — Ozène complètement disparu grâce au traitement. Cependant, vertiges quand la malade se baisse.

C. — Paralysies.

Nous empruntons à M. le P^r Panas une observation de paralysie de la 6^e paire avec paralysie du trijumeau d'origine nasale. L'affection nasale était un ozène datant de plusieurs années (Obs. XLIII).

Le P^r Panas exclut du cas présent le sarcôme (âge du malade, 25 ans), le sarcôme s'observant surtout avant la puberté ; le syphilome (pas de trace de syphilis) ; la tuberculose (pas de trace de tuberculose).

L'ozène découvert chez le patient peut seul être invoqué comme l'auteur des accidents paralytiques et M. Panas conclut : « En résumé, chez notre malade, l'origine des accidents résulte d'une phlegmasie infec-

tieuse de la base par propagation. La porte d'entrée est constituée par ses fosses nasales et particulièrement le sinus sphénoïdal droit dont la topographie jointe à la minceur de ses parois osseuses suffit à expliquer le siège de la lésion ».

Observation XLIII (1). (P^r Panas. — Progrès médical, 20 décembre 1890. Leçon recueillie par A. Terson).

Paralysie de la 6^e paire avec paralysie du trijumeau d'origine nasale : ozène.

Jeune homme de 25 ans, pâle, assez maigre, d'apparence lymphatique. Sœur jumelle avec laquelle il a vécu longtemps est morte tuberculeuse.

Antécédents personnels : aucun ; pas de maladie vénérienne.

Il se présente avec tous les signes d'une paralysie du muscle droit externe de l'œil du côté droit.

L'œil est en strabisme interne et ne peut être ramené par un effort du malade qu'au niveau de la ligne médiane de l'orbite. La paralysie est donc totale. Cette paralysie a été précédée de symptômes particuliers. Le malade a eu il y a deux mois une éruption de zona thoracique du côté gauche.

Depuis il a eu à plusieurs reprises des crises de céphalalgie très intenses qui tendaient à se localiser dans toute la partie droite et postérieure de la tête.

Enfin il présente une anesthésie de la face, limitée à la partie droite. Elle se trouve sur les parties innervées par le trijumeau de ce côté. L'anesthésie a débuté par la partie droite de la lèvre inférieure, les gencives et les dents de ce

(1) Nous n'avons pris de cette leçon que l'observation résumée au sujet du malade présenté.

côté ; le malade croit brisé en deux le verre qu'il porte à la bouche. La partie supérieure de la face est moins atteinte : le front et la paupière supérieure à droite sentent encore légèrement. Enfin si l'on fait ouvrir la bouche au malade on constate que la moitié droite du voile du palais et de la langue est anesthésiée. Le pharynx a conservé sa sensibilité.

Le malade est atteint d'ozène depuis des années.

Il en a tous les signes : embarras de la respiration nasale, croûtes sanguinolentes, anosmie, odeur fétide caractéristique. Maux de tête violents à plusieurs reprises.

Les phénomènes paralytiques et anesthésiques conduisent à localiser la lésion à la base du crâne, au voisinage du ganglion de Gasser et du point précis où le nerf de la 6^e paire contourne le sommet du rocher.

D. — Infection cérébrale.

Dans nos recherches bibliographiques nous avons trouvé l'indication d'un article sur les rapports entre les affections cérébrales de l'ozène, datant de 1852.

Plouviez. — Annales de médecine de la Flandre Occidentale, 127, année 1852, 134). La difficulté de nous procurer ce document nous a empêché d'en prendre connaissance et nous ne le mentionnons que pour bien faire remarquer que la question n'est pas de date récente.

Le Professeur Karl Stœrk (1) de Vienne, rapporte un cas d'infection cérébrale chez une ozéneuse qu'il a observée dans sa clientèle privée.

Nous donnons de ce cas l'observation résumée.

(1) *Pr Karl Stœrk* (de Vienne). — *Gehirn Infection von Seite der Nase*. Wiener med. Wochens, n° 20, 1895.

Observation XLIV. (In Wiener med. Wochens. n° 22, 1895. — P^r Stœrk de Vienne). *Résumée.*

Infection cérébrale venant du nez : Ozène.

Jeune fille de 15 ans, de bonne famille : aucune infection ou tare du côté des parents.

L'auteur a connu l'enfant dès le premier âge ; santé toujours parfaite. Au cours de sa 16^e année, la jeune fille devient chlorotique à un haut degré.

Le moment de la puberté fit qu'on ne s'en étonna pas. Mais il survient un violent catarrhe nasal avec sécrétion profuses et céphalées intenses.

A l'examen du nez : muqueuse nasale enflammée et couvertes de croûtes. Des lavages chassent les croûtes et permettent de découvrir une atrophie complète de la muqueuse ; paroi postérieure du pharynx visible. La malade fut longtemps traitée pour son ozène.

L'année suivante, subitement la jeune fille devient démente. Cet état de démence dure 6 mois. Pendant ce temps elle eut des accès de délire aigu et on est obligé de la placer dans une maison de santé.

Au bout du 6^e mois, elle retrouva sa bonne mine et ses forces. Disparition des troubles psychiques.

Revue 2 ans après, la jeune fille est en parfaite santé au point de vue physique et mental.

Le P^r Stœrk n'hésite pas à rattacher ces troubles psychiques à une intoxication et pense que la maladie du nez peut être incriminée.

Il conclut ainsi : « Je ne puis que présumer qu'il s'est produit une résorption de matière purulente

longtemps stagnante dans le nez, au voisinage* du cerveau ».

Størk, d'ailleurs, ne cherche pas à tirer des conclusions ; il cite le fait comme il l'a observé. On pourrait, en effet, rattacher les troubles mentaux à un mauvais état général manifesté par l'état d'anémie où se trouvait la malade et dont l'ozène pourrait n'être qu'une manifestation de plus. Størk cependant est assez d'avis que la résorption des produits putrides dûs à l'ozène aurait bien pu provoquer les troubles mentaux observés.

Nous devons tenir compte de cette opinion.

Nous avons terminé l'étude des complications du côté des méninges et du système nerveux. Les observations sur ce point sont encore bien rares ; mais les quelques cas que nous avons rapportés nous paraissent suffisants pour établir la réalité de ces complications, qui, entre toutes, sont d'une gravité exceptionnelle et peuvent dans certains cas amener la mort du malade.



Erysipèles à répétition et ozène.

Pour terminer l'étude des complications de l'ozène nous avons jugé intéressant de rapporter une observation résumée d'un cas cité par Deumier (Thèse de Paris, 1889). Il s'agit d'une malade atteinte d'ozène vrai qui deux années de suite, à la même époque, est atteinte d'érysipèle du nez et de la face.

L'érysipèle dans le cas présent nous a paru réellement en rapport avec l'ozène. Car la malade venant se faire soigner pour son affection nasale n'a plus été atteinte de cet érysipèle pour ainsi dire périodique dès que l'état de ses fosses nasales s'est amélioré.

Observation LXV (In thèse de Deumier. Paris, 1889. *Resumée*).

Ernestine Ch. . . , 16 ans, vient en janvier 1889 consulter pour la fétidité spéciale qui s'exhale de son nez. Elle mouche des croûtes vertes, abondantes, épaisses. Anosmie. Céphalalgie et épistaxis.

L'état général est excellent. Aucune affection antérieure à relever si ce n'est deux érysipèles survenus à un an d'intervalle en mars (mars 1887, mars 1888).

L'érysipèle est sorti par le nez et a envahi tout le côté droit de la face. Durée du premier érysipèle, deux mois. Le second érysipèle, un mois.

La rhinoscopie démontre les lésions d'un ozène caractéristique. On institue le traitement. La malade s'améliore de plus en plus. Le traitement commencé en mars 1889, la malade n'est pas atteinte d'érysipèle comme les années précédentes.

Le 18 octobre l'amélioration est considérable; plus de fétidité; plus de croûtes à enlever au moment du pansement.

CHAPITRE IV

Traitement

Nous ne dirons que quelques mots au sujet du traitement de l'ozène vrai.

Une indication domine toutes les autres : traiter dans tous les cas l'affection nasale et avant tout, antiseptiser les fosses nasales où pullulent les micro-organismes.

Sans doute, il ne faudra pas négliger de traiter chaque complication en particulier suivant l'organe atteint.

Du côté des yeux, l'usage des lavages, des modificateurs spéciaux, des antiseptiques ordinaires, ne devra en rien être modifié.

De plus, nous ferons cette remarque importante qui est d'ailleurs une règle pour l'ophthalmologiste ; lorsque chez un ozéneux, une opération chirurgicale quelconque doit être tentée du côté des yeux (cataracte, p. ex.) outre l'asepsie du champ opératoire, plusieurs jours avant l'opération, l'oblitération du canal lacrymo-nasal doit être pratiquée (ligature au catgut des canalicules lacrymaux : (*Ewersbuch*), ou

oblitération des points lacrymaux au galvano-cautère).

Si la trachée est atteinte, le traitement local préconisé par le D^r Luc s'impose : inhalations de solutions de thymol au 4/1000 pulvérisées.

En dehors de ces quelques indications particulières, aucune des complications de l'ozène ne reconnaît de traitement spécial. Dans chacune d'elles, l'ozène doit être traité par une des méthodes nombreuses et variées qui ont été indiquées et qu'il n'entre pas dans notre sujet de décrire. Irrigations abondantes alcalines et antiseptiques, modification de la muqueuse pituitaire, tel est en résumé le traitement à employer pour prévenir ces complications, en atténuer la gravité quand elles surviennent, en empêcher la récurrence lorsqu'elles auront disparu.



CONCLUSIONS

I. — L'ozène nasal vrai n'est pas seulement une infirmité lamentable ; cette affection constitue encore un danger permanent pour le malade qui en est atteint.

II. — Par les lésions qu'il produit sur la muqueuse pituitaire, l'ozène ouvre ainsi une porte d'entrée aux microorganismes, en enlevant aux fosses nasales leurs moyens de défense de l'organisme contre l'envahissement des microbes.

III. — Pour conclure à l'origine ozéneuse d'une affection, il n'est pas nécessaire de trouver au niveau de l'organe atteint le prétendu bacille spécifique de l'ozène (de Lœwenberg). Si tout autre microbe venant d'un nez ozéneux occasionne du côté des organes une infection quelconque, l'ozène n'en doit pas moins être incriminé comme cause première de cette complication.

IV. — Lorsqu'un malade se présente atteint de lésion oculaire, auriculaire ou sinusienne, l'examen du nez s'impose en raison des connexions qui exis-

tent entre ces différents organes et la cavité nasale, tant au point de vue pathologique qu'anatomique.

V. — En prévision d'une complication possible tout ozène doit être traité rigoureusement ; tout au moins l'asepsie des fosses nasales doit-elle être recommandée aux malades.

VI. — En présence d'une complication due à l'ozène, le traitement seul de l'affection secondaire est insuffisant ; l'ozène doit être traité concurremment, l'amélioration, puis la guérison de cette complication suivant la plupart du temps une marche parallèle à l'amélioration et à l'atténuation de la maladie nasale.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Auché (de Bordeaux). — Société française d'otologie. Séance du 6 mai 1897 (In Annales des mal. de l'oreille, juin 1897).

Axel Key et Retzius. — Studien in der Anatomie des Nerven systems und des Bindegewebes, Stockholm, 1875.

B. Baginsky et B. Frænkel. — Ozène laryngo-trachéal (In Berliner Kl. Woch., n° 37, 1876)

Basso. — Bactériologie de la kératite à hypopyon. Cong. de Rome, 1894.

Berger E. — Communication à la Société de médecine pratique, 7 janv. 1892.

Bousquet. — Thèse de Paris, 1876.

Castex. — France médicale, n° 15, 9 avril 1897.

Chabory. — De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire, thèse de Paris, 1892.

— Des influences des aff. nas. sur le tube digestif, Progrès médical, 15 juillet 1893.

Chatellier. — Commun. à la Soc. fr. d'otologie et de laryng., 28 avril 1888.

Chauveau. — Archives de médecine des enfants, n° 12, décembre 1898.

Couetoux. — Les phases de l'ozène (In Annales des maladies de l'oreille, n° 5, 1893).

Cuénod A. — Arch. d'ophtalmologie, août 1894.

— Bactériologie clinique de la Conjonctive, Gaz. des hôp., sept. 1894.

Demme. — Ozoena Scrofulosa, Soc. de laryngologie de Berlin, 17 juillet 1892.

Desmarres. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, 1854.

Deumier. — De la rhinite atrophique et de l'ozène, Thèse de Paris, 1889.

Faravelli et Kruch. — Annali di Ottalmologia, Milano, f. 3, 1888.

Gasparini. — Il diplococco di Froenkel in pathologia oculare. Annali di Ottalmologia, 1893.

Gellé. — Revue de laryngologie, n° 6, 1887.

Gradenigo G. — Mémoire de l'Acad. de méd. de Turin (In Revue internationale de Rhinologie, n° 4, 1893).

Greliche. — Les infections d'origine nasale. Thèse de Paris, 1894.

Guilpin. — Thèse de Paris, 1895.

Habermann. — Klin. med. Wochens, n° 48, 29 nov. 1886.

Harris T.-J. — Ozène en rapport avec les affections des sinus (In Annales des Maladies de l'oreille, décembre 1897).

Hartmann (de Berlin). — Deuts. méd. Wochens, 30 mars 1878.

Jurasz. — Die Krankheiten des oberen Luftwege. (Heidelberg, 1891).

Lautmann. — L'ozène atrophiant. Thèse de Paris, 1897.

Læwenberg. — Deuts. méd. Wochens, nos 1 et 2, 1885. 3^e Congrès de Bâle (Compte-rendu). Ann. de l'Institut Pasteur, 1894, p. 292.

Luc. — De l'ozène trachéal. Archives internat. de laryngologie, 1887.

Luc. — Arch. internat. de laryngologie, déc. 1889.

Mackensie J.-N. — New-York médical. Journal, 20 août 1887.

Marano S. — Arch. de laryngologie, avril 1890.

Massei. — Lezioni cliniche nelle malattie della Gola. Milano, 1884.

Michel (de Cologne). — Traité des maladies des fosses nasales. Berlin, 1876. Deuts. méd. Wochens, 30 mars 1878.

Moure E.-J. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne (1893, 2^e édit.). Gazette des Hôpitaux, juillet 1888. Journal de médecine de Bordeaux, juin 1889. Revue de laryngologie, avril 1887.

Oquendo. — Contribution à l'étude de l'ozène. Thèse de Paris, 1898.

Panas. — Paralysie de la 6^e paire et ozène. Progrès médical, 20 décembre 1890.

Paulsen Ed. — Bacille encapsulé de l'ozène (Hygiea Rundschau, 15 décembre 1893).

Rampoldi. — Annali di Ottalmologia Milano, f. 4, 1885.

Ricordel J. — Thèse de Paris, 1892.

Rothholz. — Deuts. med. Wochens, n° 52, 1887.

Stœrk K. (de Vienne). — Wiener med. Wochens, n° 22, 1895.

Straus. — Mémoire de l'Académie de médecine, 3 juillet 1894.

Strubing (de Greifswald). — De l'ozène (Münch. med. Woch. n° 39, 1895).

Sulzer E. — Névrite optique et ozène. Annales d'Oculistique, T. 113, 1895.

Terson et Gabrielidès. — Archives d'Ophthalmologie de Paris, août 1894.

Testut. — Traité d'Anatomie humaine, T. 1 et 3.

Tissier P. — Annales des maladies de l'oreille, octobre 1894.

Trousseau A. — Journal de médecine de Paris, 7 avril 1889.

W. Vulpius. — Deuts. med. Wochens, n° 5, 28 janvier 1897.

Wurtz et Lemagney. — Annales des maladies de l'oreille, août 1893.

Wyss A.-S. — Thèse de Berne, 1886.

Zaufal. — Ueber d. allg. Verwendbarkeit d. kalten Drahtscclings, 1878.

Ziem. — Monat. für Ohrenheilkunde, 8 et 9, 1893.

Zuherkandl. — Anatomie normale et pathologique des fosses nasales.

